



“det handler mer om relasjoner enn mirakler”

I hvilken grad har åndelighet som del av et helhetlig menneskesyn plass i rusbehandling innenfor to institusjoner i Rogaland?

Kandidatnummer: 114, 160

VID vitenskapelige høgskole

Sandnes

Bacheloroppgave

Bachelor i Vernepleie

Kull: VP-16

Antall ord: [14.913]

Dato 15.05.2019

Sammendrag

- Bakgrunn** Begge medlemmene i gruppen har igjennom praksis og tidligere erfaringer, kommet inn på temaet åndelighet og merket en usikkerhet i forhold til dette. Gruppen ønsket derfor å se nærmere på temaet.
- Problemstilling:** I hvilken grad har åndelighet som del av et helhetlig menneskesyn plass i rusbehandling innenfor to institusjoner i Rogaland.
- Hensikt:** Å forsøke å finne ut hvordan det oppleves å jobbe med åndelighet som en del av helhetlig menneskesyn og se hvilken plass det får i behandlingen.
- Metode:** Kvalitativ metode i form av intervjuer
- Funn:** Det kom frem flere funn. Hovedpunkter er manglende kunnskap fører til usikkerhet, åndelighet og åndelig omsorg er vanskelig å verbalisere i arbeidshverdagen og ofte assosiert til kristendom og religion.
- Konklusjon:** Kunnskap og mangel på kunnskap går igjen i besvarelsen. Det er usikkerhet rundt andres oppfattelse av begrepet og åndelighet kan oppleves som noe personlig. Ved å øke fokus og kunnskap om åndelighet og åndelig omsorg som en del av det helhetlige menneskesynet som brukes i behandling av rusavhengige, kan vanskelighetene forenkles.

Nøkkelord: Åndelighet, recovery, rusmiddelavhengighet, håp, helhetlig menneskesyn

Abstract

- Background:** Both members of the group have, through practice and past experience, come into the subject of spirituality and marked an uncertainty in relation to this. The group therefore wanted to look more closely at the topic.
- Issue:** To what extent does spirituality as part of a holistic view of human beings occupy place of substance abuse within two institutions in Rogaland.
- Purpose:** To gain insight how it is to work with spirituality as part of a holistic view of humanity and what space spirituality has in treatment
- Method:** Qualitative method in the form of interviews
- Findings:** There were several findings. Highlights are the lack of knowledge leading to insecurity, spirituality and spiritual care are difficult to verbalize in the workday and often associated with Christianity and religion.
- Conclusion:** Knowledge and lack of knowledge are part of the conclusion. There is uncertainty about others' perception of the concept and spirituality can be perceived as something personal. Increasing focus and knowledge of spirituality and spiritual care as part of the holistic vision of the human being used in the treatment of addicts, the difficulties can be simplified.

Keywords: Spirituality, recovery, drug addiction, hope, holistic view on humanity

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
1. INNLEDNING	2
1.1 DISPOSISJON FOR OPPGAVEN	2
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	3
1.3 PROBLEMSTILLING OG AVGRENŚING	4
1.4 FORUNDERSØKELSE MED FORSKER	5
1.5 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORISØK	6
2. TEORETISK RAMMEVERK	7
2.1 HVA SIER LOVVERKET OG RUNDSKRIV OM ÅNDELIGHET OG ÅNDELIG OMSORG	7
2.2 HVA ER RUSMIDDELAVHENGIGHET	8
2.2.1 Hvordan forstå rusmiddelavhengighet	9
2.2.2 Rus og psykiatri – en sammenheng	11
2.2.3 Rusomsorg og behandling	12
2.3 RECOVERY	13
2.4 HELHETLIG MENNESKESYN	14
2.5 ÅNDELIGHET OG ÅNDELIG OMSORG	16
2.5.1 Åndelige behov og åndelig omsorg	18
3. METODE	21
3.1 UTVALG OG REKRUTTERING	21
3.2 INTERVJUPROSESS	23
3.3 VALIDITET OG RELIABILITET	23
3.4 KVALITETSSIKRING OG KRITIKK PÅ EGEN METODE	24
3.5 FORSKNINGSETIKK OG ETISKE REFLEKSJONER	25
3.6 ANALYSEBESKRIVELSE	26
4. RESULTAT	29
4.1 HELHETLIG MENNESKESYN I RUSOMSORG	29
4.2 ET TABUBELAGT TEMA?	30
4.3 KUNNSKAP OG USIKKERHET	31
4.4 ÅNDELIGHET ASSOSIERT TIL RELIGION OG KRISTENDOM	32
5. DRØFTING	34
5.1 ÅNDELIGHET OG TABU	34
5.2 ÅNDELIGHET SOM EN DEL AV ET HELHETLIG MENNESKESYN	35
5.3 KULTUR PÅ ARBEIDSPLASSEN KNYTTET TIL ÅNDELIGHET OG ÅNDELIGE TEMA	36
5.4 BEHOVET FOR KUNNSKAP	38
5.5 RECOVERY- ORIENTERT PRAKSIS	40
6. AVSLUTTENDE KONKLUSJON	41
VEDLEGG	46
VEDLEGG 1	46
VEDLEGG 2	49
VEDLEGG 3	51

1. Innledning

“Åndelige liv, i ordinær eller klassisk forstand, rommer noen anliggender som er viktige for livsorienteringen og livet i verden og i yrkessammenheng (Johannsesen 2012, s. 33)”

De fleste profesjonelle yrkene i helse- og omsorgssektoren har en historie der de fra begynnelsen hadde en religiøs forankring. I løpet av 1900-tallet skjedde det en gradvis forandring der yrkesgruppene fjernet seg fra sitt religiøse utgangspunkt og erstattet det med vitenskapelige forankringer. Denne forandringen ble i senere tid kalt sekulariseringsteorien, som gikk ut på at religion og åndelighet var primitive forklaringsformer som man ikke hadde behov for i en tid der vitenskapen kunne finne svar på alle spørsmål. Samtidig som dette skjedde ble temaer som religion, tro og åndelighet ikke-temaer i profesjonell yrkesutøvelse (Danholt og Nordhelle 2012, s.17). Det ble sett på som en privatsak. I de senere årene har det kommet retningslinjer som forsøker å integrere et helhetlig menneskesyn og helhetlig omsorg som del av helse- og sosialyrkenes fokusområde. Offentlige føringer og lovverk har de senere årene stilt menneskets åndelige behov på lik linje som de fysiske, psykiske og sosiale behovene, samt løftet viktigheten av fri religions- og livssynsutøvelse.

Formålet med denne oppgaven er å få innsikt i hvordan åndelighet og åndelig omsorg som en del av et helhetlig menneskesyn har plass i norsk rusbehandling. Det er gjennomført kvalitative intervjuer med tre ansatte ved to forskjellige rusbehandlingsinstitusjoner, samt en rusforsker for å samle kunnskap rundt åndelighet og åndelig omsorg, og hvordan dette kommer frem med bakgrunn i et helhetlig menneskesyn.

1.1 Disposisjon for oppgaven

Oppgaven består av 6 kapitler, som igjen har underkapitler. Kapitlene arrangeres slik; Innledning, Teori, Metode, Resultat, Drøfting og Konklusjon.

I innledningen har vi forklart bakgrunn for valg av tema, deretter presenterer vi vår problemstilling og hvordan vi har valgt å avgrense den. Essensen av pilot intervju med forskeren som bidro til noe av teorien vi valgte, hvilke databaser vi brukte til å finne relevant litteratur og tidligere forskning.

I Teori kapitlet begynner vi med teoretiske referanserammer fra helsedirektoratet, rundskriv og hva lovverket sier om temaet. Teori om rusmiddelavhengighet og rusbehandling som er relevant for vår oppgave, deretter Recovery filosofien og åndelighet, åndelig omsorg og helhetlig menneskesyn.

I kapittel 3, Metode kapittelet, beskriver vi kvalitativ forskningsmetode, hvordan vi samlet informasjonen til oppgaven i form av kvalitative intervjuer og hvordan vi fant litteratur til oppgaven. Vi begrunner hvordan vi valgte informantene i intervjuene, prosessen i å lage intervjuguide og gjennomføring, samt innhenting av data. Vi drøfter validitet og reliabilitet i intervjuene og i hvilken grad vi kan trekke gyldig slutninger ut ifra hva informantene sa. Kvalitetssikring samt kritikk på egen metode og våre valg. Vi drøfter hva vi kunne ha gjort bedre og til slutt etiske refleksjoner rundt metoden vi brukte.

Kapitel 4 inneholder funn fra intervjuene og hvordan denne informasjonen er bearbeidet, kodet og tolket.

Kapitel 5 inneholder drøfting av funn fra intervjuene opp mot teori og tidligere forskning. Her vil det også komme frem noe ny teori som vi har valgt å bruke i drøftingen.

Til slutt kommer kapitel 6 til å inneholde en konklusjon av besvarelsen.

Som vedlegg legger vi intervjuguiden og informasjonsbrev med samtykkeskjema som vi sendte til informantene i forkant av intervjuene, samt obligatorisk erklæring.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to vernepleierstudenter som begge har fått en interesse for det åndelige eller sjelelige ved en person gjennom ulike opplevelser og erfaringer vi har fått gjennom deler av livet, utdanningen og gjennom praksis i arbeid med mennesker som vernepleierstudenter. Vi vil her kort presentere hvorfor vi valgte akkurat dette temaet.

Den ene av oss har gjennom de siste 4 år fått mulighet til å delta på en rekke Anonyme alkoholiker møter, der hun med egne øyne har sett og erfart mennesker som deltar på møter komme inn i rommene slitne, rådløse, håpløse og «på bunnen». Etter at disse menneskene har jobbet seg gjennom de tolv trinnene og deler sin historie i et fellesskap, har hun opplevd å se en gnist som vekkes. De finner nytt håp, frihet og lykke. Hun møtte seg selv i døren når åndelighet og åndelig tema ble snakket om på lik linje som andre hverdagsproblemer på disse møtene, og ble utfordret på å reflektere grundig over eget ståsted angående tema og sine fordommer.

Den andre av oss fikk en vekket interesse gjennom samhandling med en pasient ved en rusinstitusjon ved siste praksisperiode. Pasienten fortalte i en samtale at han opplevde at behandleren var mest opptatt av å løse rusproblemet gjennom medisinske behandlingsmetoder, og viste liten interesse for hans åndelighet, livssyn og hvordan han fant

mening i tilværelsen. Samtalen med pasienten vekket en følelse av usikkerhet når det gjelder å snakke om åndelighet og livssyn med pasienten.

I rammeplanen for 3-årig vernepleierutdanning står det som et mål at vernepleiere samt andre helse- og sosial yrkesutdanninger skal bygge på et felles verdigrunnlag og at i “Gjennom studiet skal studentene utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt for menneskets integritet og rettigheter og ivareta brukernes autonomi og rett til medbestemmelse” (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005, s. 3).

Våren 2012 utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet sammen med FO, Pensjonistforbundet, Kirkens Bymisjon, KS, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet åtte prinsipper for god omsorgstjeneste. Prinsippene er ment som utgangspunkt for refleksjons og kulturbygging, samt som et verktøy for å sikre kvalitet i tjenestetilbudet. Første prinsippet av åtte, som er nevnt er;

“Omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn. Dette oppnår vi ved å:

- bygge opp flerfaglig kompetanse som sikrer brukerens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov
- styrke det tverrfaglige samarbeidet” (Helse- og omsorgsdepartementet 2012, s.2)

Vi hadde begge to opplevd det å være usikre når noen tar opp åndelighet som et tema. Ifølge rammeplanen for vernepleiere og yrkesetiske retningslinjer for helse- og omsorgsutøvere skal en gi helhetlig omsorg til pasienter og brukere. Vi ble nysgjerrige på hvordan tanken om å arbeide ut ifra et helhetlig menneskesyn utspiller seg i praksis og hvordan det påvirker omsorgen, når vi selv har opplevd usikkerheten når temaet blir tatt opp.

1.3 Problemstilling og avgrensing

Problemstillingen i oppgaven er: *I hvilken grad har åndelighet som del av et helhetlig menneskesyn plass i rusbehandling innenfor to institusjoner i Rogaland.*

Vi forsøker å finne ut hvordan det oppleves å jobbe med åndelighet som en del av helhetlig menneskesyn og se hvilken plass det får i behandlingen.

For å svare på problemstillingen har vi benyttet kvalitative intervjuer med tre ansatte ved to private organisasjoner som på oppdrag av staten driver behandling av mennesker som har en rusmiddelavhengighet. Deriblant en institusjonsprest, vernepleier og erfaringskonsulent.

De ansatte møter en sammensatt pasientgruppe med et komplekst sykdomsbilde som ofte omfatter både en rusdiagnose og en psykisk lidelse. De ble intervjuet om hvordan de oppfattet åndelighet som en del av et helhetlig menneskesyn i rusbehandling der de arbeider. Vi har også tatt pilot intervju av en rusforsker, for å få bedre essens over temaet. Rusforskeren har en annen type kunnskap enn de øvrige informantene og ble derfor ikke brukt i analyseringsprosessen, men som en forundersøkelse for oppgaven.

Definisjoner og begrepsforklaringer av sentrale begreper kommer frem i teorikapittelet, side 7 til side 18.

Siden rus og psykiatri ofte hører sammen, har vi også brukt forskning og teori fra psykiatrien. På hvilken måte rus hører sammen med psykiatri forklares på side 11.

1.4 Forundersøkelse med forsker

For å få et mer helhetlig syn på begrepet åndelighet og temaet åndelighet som et element i rusomsorg, har vi intervjuet en forsker som har arbeidet i over 30 år i rusomsorg og de siste 20 årene har forsket på temaet avhengighet og rus. Vi har oppsummert hva han har sagt i intervjuet og det bidro til noe av teorien vi valgte å bruke for oppgaven.

Rusforskeren fortalte oss om den religiøse tilknyttingen omsorgs- og rusfeltet har hatt tidligere, samt at de fleste private organisasjoner som har et religiøst fundament har i løpet av de siste årene, nøytralisert sin religiøse forankring for å bli en del av spesialisthelsetjenesten. Alt som dreier seg om mening, fellesskap og tilhørighet har på mange måter gitt rusfeltet en renessanse. Spesielt i forhold til recovery modellen som handler om å se seg selv i en større sammenheng, hvilket fellesskap du tilhører og hvor du får din anerkjennelse fra. En av de største utfordringene til en person som har vært rusavhengig over lengre tid er å klare forpliktelser utover seg selv. Rusforskeren stiller spørsmål til hvor åndeligheten kommer inn, og at om etikk, moral og forpliktelse tilhører en åndelig dimensjon er uvesentlig etter hans mening.

Åndelighet kan være med på å gi en sterk begrunnelse for en moralsk livsholdning. I tillegg mener han at det kan gi en avklart holdning om hvem du ønsker å stå sammen med og i hvilke større sammenhenger du ønsker å stå i. Forskeren mente at åndelighet på mange måter har fått en tolkning som gjør at mange automatisk tenker religiøsitet og at mange derfor skyver det fra seg.

1.5 Tidligere forskning og teorisøk

For å finne relevant teori og forskning på temaet åndelighet/spiritualitet som et element i helhetlig menneskesyn i arbeid innen rusomsorg i Norge, har vi søkt etter litteratur i databasene: Google scholar, Idunn, Lovdata, Nordic journal of religion and society og Oria. Vi brukte søkeordene *åndelighet og rusavhengighet, åndelig omsorg + rus, spirituality and addiction, spiritual care, rusavhengighet, helhetlig menneskesyn, Recovery, tilhørighet*. Vi forsøkte å se etter litteratur og artikler som ikke var eldre enn 10 år gamle, men vi var åpne for å lese alt i startfasen. Vi innså fort at det ikke var skrevet mye på norsk om åndelighet og rusavhengighet eller åndelig omsorg innen rus, men det var skrevet en del om temaet på engelsk. Vi leste artiklene på engelsk for å få et bedre perspektiv om begrepene, men vi tok en bevisst avgjørelse i å ikke bruke for mye av engelsk litteratur for vi vil fokusere på Norge og hvor åndelighet står som et tema i Norsk rusomsorg og behandling.

På grunn av få treff på åndelighet og rusavhengighet eller åndelig omsorg + rus begynte vi derfor å søke kun på begrepet åndelighet og åndelig omsorg, og fant en del artikler og bøker.

Det er skrevet en del om temaet åndelig omsorg innen sykepleierfeltet og vi fant inspirasjon i eldre bacheloroppgaver og masteroppgaver som hadde temaet åndelighet eller åndelig omsorg.

Vi bestemte oss for at temaet åndelighet og åndelig omsorg innen psykisk helsefag også var relevant litteratur når vi innså at det ikke var skrevet så mye innenfor russektoren i Norge. Det blir presentert flere artikler i teorikapitlet som belyser temaet åndelighet og åndelig omsorg innen psykisk helsefag og noen spesielt fra sykepleierfeltet. Borge og Rolfsnes (2009) og Medås, Blystad og Giske (2017) er noen av artiklene som vil bli nevnt.

Foruten artikler, baserer besvarelsen seg på faglitteratur hentet fra blant annet Leenderts (2014) *Person og profesjon*, Danbolt og Nordhelle (red.) (2012) *Åndelighet, mening og tro* og Biong og Ytrehus (red.) (2018) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*.

2. Teoretisk rammeverk

Teorikapittelet inneholder hvilke teoretiske rammer som skal bidra til å svare på vår problemstilling. Vi har benyttet oss av teori innenfor helse- og sosialfag, bøker fra vår pensumliste de siste 3 årene innen vernepleie, etikk, omsorgsteori samt bøker fra sykepleiestudiet o.fl.

Vi avgrenser teorien om rusavhengighet til relevante perspektiver som er aktuelle for oppgaven. Vi har valgt å fordype oss i recovery perspektivet, for å få et bredere syn på helhetlig og åndelig omsorg samt fordi den tar brukermedvirkning inn som et sentralt tema. I teoridelen om helhetlig menneskesyn velger vi å ikke gå for mye i dybden på ulike menneskesyn, men forholde oss til holistisk helhetlig menneskesyn fordi retningslinjene til helse- og omsorgsdepartementet er laget rundt dette menneskesynet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Teorien skal bidra til å skape rammer til drøftingskapittelet og opp mot resultatene i intervjuene.

2.1 Hva sier lovverket og rundskriv om åndelighet og åndelig omsorg

Retten til egen tros- og livssynsutøvelse er skrevet i grunnloven §16 (Grunnlova, 1814, §16), samt skrevet i FNs verdens erklæring for menneskerettigheter (FN, 1948, Artikkel 18).

Innenfor psykiske helse har Helse- og omsorgsdepartementet skrevet den 1.12.2009 at de som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Tjenesteyter har et ansvar sammen med tjenestemottaker og/eller tjenestemottakerens nærmeste i å kartlegge samt tilrettelegge for tros- og livssynsutøvelse. Å kartlegge den enkeltes behov, og konkrete tiltak skal nedfelles i en individuell plan for å sikre ivaretagelse av de viktige aspektene av et menneskets liv.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) skriver at:

For mange vil det for eksempel kunne være av sentral betydning å få mulighet og tilgang til samtale om eksistensielle spørsmål. Dette innebærer et mer aktivt ansvar å sette seg inn i livshistorien og legge til rette for den enkelte (s. 1-2).

Kommunale helse- og sosialtjenester innehar et ansvar om å sikre tilrettelegging av tjenestetilbud der kulturelle og åndelige behov blir ivaretatt i samsvar med den enkeltes ønske, bakgrunn og tilhørighet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 1-2).

I 2013 kom en offentlig utredning om et mer livssynsåpent samfunn, som skal bidra til mer helhetlig politikk på feltet. Det ble utarbeidet åtte prinsipper som er retningsgivende for arbeidet. Prinsipp nummer åtte belyser at religion og livssynsmessige uttrykk ikke kun tilhører hjemmet eller privaten, men også må kunne bli uttrykt i offentlige rom og samtaler. Alle bør akseptere å bli eksponert for andres tro og livssynspraksis. Prinsipp nummer en, sier derimot at en må ivareta retten til å ikke bli tvunget eller tvinge andre til tros- og livssynspraksis.

Det finnes en del ordninger som handler om hvilken plass livssyn og religion har innen offentlige institusjoner, men de fleste er ikke lovfestet. Ifølge utredningen kommer det frem at mange offentlige institusjoner har, på grunn av sin nøytrale tilnærming, ikke dratt tro og livssyn eksplisitt inn i vurdering, målsetninger og reguleringer som utgjør at de har en «religionsblindhet», som kan forårsake at religiøs og livssyns praksis blir hindret. Det blir understreket at religion er kun en type livssyn og at retten til å ikke tilhøre en religion står like sterkt som retten til å tilhøre en religion eller å uttrykke sitt livssyn (NOU 2013:1, s.72).

2.2 Hva er rusmiddelavhengighet

I oppgaven velger vi å bruke definisjonen rusmiddelavhengighet, da mange av pasientene som informantene jobber med, har en avhengighetsdiagnose.

En diagnose settes når rusmidler har begynt å påvirke livssituasjon og atferd til vedkommende. Verdens helseorganisasjon (WHO) skiller mellom skadelig bruk av psykoaktive stoffer og avhengighet, samt hvilke stoffer er brukt. Skadelig bruk handler om helsemessige skader som er påført ved bruk av rusmidler og avhengighet som;

En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har brukeren sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f.eks. tobakk, alkohol eller diazepam), og en gruppe stoffer (f.eks. opiat) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer (WHO F10-F19.2).

2.2.1 Hvordan forstå rusmiddelavhengighet

I hvilken grad et individ vil utvikle rusmiddelavhengighet vil avhenge av ulike faktorer i personens liv, både individuelle forhold samt samfunnet og kulturelt.

“Rusmidler er psykoaktive substanser, “ytre faktorer” eller “miljøfaktorer” som påvirker prosesser i sentralnervesystemet på en slik måte at brukerens virkelighetsoppfatning og atferd endres (Simonsen 2016, s. 44).”

Verdens helseorganisasjon (WHO) har de siste årene definert rusmiddelavhengighet som en biopsykososial lidelse. Den vektlegger at rusmiddelavhengighet må forstås gjennom samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold, samt årsakssammenhenger (Hole 2014, s. 68). enkelt sagt kan vi si at rusmiddelavhengighet omhandler det som skjer i kroppen (biologisk/nevrobiologisk), det som skjer opplevelsesmessig (psykologisk) og det som skjer i livet (sosialt/kulturelt) (Hole 2014, s. 69).

Simonsen (2016) skriver at:

Det viktige med ulikheten i synet på hvordan rusmiddelavhengighet utvikles og opprettholdes, og med en samforståelse av problemkomplekset, er hvordan betraktningene leder til ulike tilnærminger som kan benyttes for å forebygge og behandle rusmiddelavhengighet, og hvilke behandlingsresultater de ulike tilnærmingene gir (s. 57).

Nevrobiologisk perspektiv på avhengighet

Nevrobiologisk forskning har de siste årene møtt Anonyme Alkoholiker bevegelsens mening at avhengighet er en sykdom (Nesvåg 2018 s. 34). Forskning på feltet har funnet endringer i funksjonelle regioner av hjernen som påvirker bruken av rusmidler (Nesvåg 2018 s. 34).

Utgangspunktet er belønningssystemet i hjernen, som påvirkes av positive gevinster eller ved å dempe ubehag. Signalstoffet for belønning er dopamin og belønningssystemet driver oss til å søke aktiviteter som sex, næring, glede og opplevelser. Det samme skjer ved bruk av psykoaktive stoffer eller rusmidler. Vi lærer hva som gir oss belønning og integrerer det i våre tanker og følelsesliv. Følelsen av behag i opplevelsen av rusmiddelet kaller vi “liking”, mens ønsket av å gjenoppleve (den behagelige opplevelsen) kalles “wanting”(Simonsen 2016 s. 45). Ved bruk av rusmidler, vil belønningssystemet over-aktiviseres og frigjøre store mengder dopamin, men over tid vil hjernen minske frigjøring av dopamin, slik at opplevelsen av behaget blir redusert. Da har læringseffekten allerede festet seg, slik at rusmiddelbrukeren

forsøker å oppnå belønning gjennom rusmiddelbruk. “Rusmiddelbrukeren søker stadig sterkere belønningseffekt, men hjernen svarer med en redusert belønningsopplevelse (Nesvåg 2018, s. 34)”. Fenomenene “liking” og “wanting” utvikler seg motsatt av hverandre ved gjentatt bruk av rusmidler. Det vil si at behaget knyttet til en gitt dose reduseres, mens ønsket å oppleve behaget økes. Brukeren utvikler toleranse for stoffet og trenger stadig større dose for å oppnå ønsket effekt (Simonsen 2016, s. 45). Når rusmiddelet skilles ut av kroppen, oppstår ubehag/abstinensplager som økes ved gradvis fall av inntatt rusmiddel. Bruken av rusmiddelet oppleves mer behagelig enn ubehaget og derfor forsterkes motivasjonen for bruk av rusmiddelet. Redusering av dopaminfrigjøring og behag skjer også tilknyttet til ordinær frigjøring av dopamin, det vil si sex, mat, glede og opplevelser som gav normal opplevelse av behag og tilfredshet gir ikke den følelse lengre (Simonsen 2016, s. 46).

Den nevrobiologiske tilnærmingen til behandling av rusmiddelavhengighet anvendes til medikamentell substitusjonsbehandling som subutex og metadon for opiatavhengige og bruken av psykofarmaka til mennesker med psykiske lidelser. Substitusjonsbehandling av rusavhengige holder personen i et avhengighetsforhold til medikamentet som benyttes for å hindre gjenopptakelse av tidligere rusbruk (Simonsen 2016, s. 58).

Psykologisk perspektiv

Det psykologiske perspektivet ser på utvikling av rusmiddelavhengighet som tar utgangspunkt i personens egne erfaringsopplevelser og bakgrunn. Forskjellige opplevelser gir oss erfaringer som danner grunnlag for hvordan vi opplever verden, samt møter og takler utfordringer i livet (Simonsen 2016, s. 38). Ulike opplevelser preger oss på ulike måter som at gode opplevelser som f.eks. god omsorg, gode nettverk, anerkjennelse gir grunnlag for god psykisk helse og økt mental robusthet, mens dårlige opplevelser som f.eks. omsorgssvikt, mangel på anerkjennelse, utrygghet gir grunnlag til dårlig psykisk helse og redusert mental robusthet. Vi preges av disse opplevelsene og de påvirker vår personlighet, de danner vår erfaringsbakgrunn som påvirker våre beslutninger og valg når vi imøtekommer nye utfordringer. Den rusmiddelavhengige gjør avveininger mellom gevinstene av å bruke rusmidler og kostnadene ved fortsatt bruk. Ved bruk over lengre perioder vil de kortsiktige gevinstene ved å bruke rusmidler veie tyngre enn de langsiktige gevinstene av å la være, som vil føre til mer og mer intens bruk (Nesvåg 2018, s. 36). Ved gjentatte episoder av dårlige opplevelser kan vårt selvilde svekkes. Vi stoler mindre på oss selv, egne avgjørelser og evnen vi har til å finne gode løsninger (Simonsen 2016, s. 48).

Det psykologiske perspektivet på rusavhengighet har ført til tilnærminger som forsøker å endre tankegangen og resoneringen til den avhengige, slik at personen kan velge bedre løsninger enn å bruke rusmidler for å dempe behov, ubehag eller problemer som personen opplever. Gjennom en slik terapeutisk tilnærming forsøker man å gi pasienten ny mestringsstrategi og dermed nytt grunnlag for beslutninger (Simonsen 2016, s. 58). Tilnærmingen bruker ulike modeller som: Motiverende samtale - endringsfokustert rådgivning, kognitiv terapi - endring i fortolkning av ytre stimuli, mentaliseringsbasert terapi - bevisstgjøring av tanker, utsagn og handlinger og psykoedukativ terapi - økt forståelse for psykiske lidelser (Simonsen 2016).

Sosiokulturelt perspektiv

Det sosiokulturelle perspektivet på rusmiddelavhengighet tar utgangspunktet i at hovedårsaken til utvikling og opprettholdelse av rusmiddelavhengighet skjer i sosiale og kulturelle rammevilkår (Simonsen 2016, s. 51). Der individer som ikke klarer å tilpasse seg “vellykkede” miljøer eller faller utenfor ordinære sosiale nettverk er ekstra sårbare for å utvikle rusmiddelavhengighet. Mangel på anerkjennelse innen de “vellykkede” miljøer kan påføre smerte og savn, samt en følelse av mangel på tilhørighet (Nesvåg 2018, s. 38). Disse individene søker ofte alternative miljøer der de opplever aksept. Slike miljøer betegnes som “marginaliserte miljøer” og har ofte andre normer og regelsett enn det “vellykkede” miljøet (Simonsen 2016, s. 52). Behovet for anerkjennelse vil etter hvert styre den avhengige inn i en selvforståelse og identitet som blir mer preget av en posisjon som rusmiddelavhengig. Enhver endring av posisjonen som rusavhengig vil derfor kreve en endring av brukerens identitet (Nesvåg 2018, s. 39).

Den sosiokulturelle tilnærmingen til behandling av rusmiddelavhengighet tar utgangspunkt i at rammevilkårene for den rusavhengige må endres for å endre rusmiddelbruken til den avhengige. Det innebærer at personen må ha et sted å bo, ha økonomi til å klare seg, føle en tilhørighet i sosiale nettverk og at dagene må inneholde meningsfulle aktiviteter. De med et biologisk og/eller psykologisk perspektiv deler denne oppfatningen (Simonsen 2016).

2.2.2 Rus og psykiatri – en sammenheng

Hole (2014) skiver at rusproblemer og psykiske lidelser henger sammen. Dette kan forklares ved at mange personer som har en rusmiddelavhengighet bruker rusmidler til å dempe symptomene av en psykisk lidelse. Andre kan utvikle psykiske lidelser som følge av rusmiddelbruken (Hole 2014, Johansen og Bramness 2018). For mange som har en

rusmiddelavhengighet vil det derfor også innebære individuelle sammenhenger mellom rusmiddelavhengigheten og en psykisk lidelse.

Begrepet psykiske lidelser vil omfatte et bredt spekter av ulike lidelser som følge av en redusert psykisk helse. Med psykisk lidelse eller psykisk sykdom, mener man ubehag eller lidelse som vedvarer over en lengre periode og fører til en nedsettelse i personens funksjonsevne (Hole 2014).

Bang Nes og Clench-Aas (2011) sier at:

I sum viser det seg at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil oppleve en psykisk lidelse minst en gang i livet Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene av psykiske lidelser i den norske befolkningen (s. 59).

2.2.3 Rusomsorg og behandling

I Stortingsmelding nr. 16 1996/97 definerer de behandling for rusmiddelavhengighet som en rekke tiltak som inkluderer identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, behandling, omsorg og oppfølging av individer med rusmiddelproblemer. I opptrappingsplanen for rusfeltet 2016 til 2020 står det som mål at pasientens og pårørendes behov skal være utgangspunkt for omfang og innhold av behandling eller tjeneste. Regjeringen ønsker helhetlig behandlingsplan som skal "Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet" (Helse- og omsorgsdepartementet Prop. 15 2015-2016). Brukermedvirkning står skrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at pasient eller bruker har rett til å medvirke valg og målsetning av tjenestetilbud, samt tjeneste tilbud skal utformes i samarbeid med bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

I Norge ble behandling av rusmiddelavhengighet flyttet gjennom rusreformen i 2004 fra sosialektoren til helsesektoren og vi fikk såkalt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som skal sikre pasientrettigheter for de som har en rusmiddelavhengighet, på lik linje med andre pasienter. Behandling av rusmiddelavhengighet skjer i en tverrfaglig situasjon. Som nevnt tidligere er den mest brukte perspektivet på å forstå rusmiddelavhengighet, den biopsykososiale modellen som anerkjenner at rusmiddelavhengighet er et mangesidig problem som trenger ekspertise fra en rekke fagområder. Det krever derfor en tverrfaglig tilnærming som kan anvendes både i forhold til forskning, forebygging og behandling (WHO 2008, s. 1 referert av Hole 2014, s.12).

2.3 Recovery

Recovery er en filosofi, et perspektiv, en tilnærming og/eller en prosess, som innebærer at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv på tross av sine utfordringer. Internasjonalt er filosofien sett på som retningslinjer for psykisk helse- og ruspolitikk, og er styrende praksis i mange land (NAPHA 2018). På tjenestenivå blir organisatoriske forpliktelser, sosial integrering og støtte til personens egen personlig recovery sentralt innen tilnærmingen. Det handler om å endre hjelpen fra pasientsentrert til personsentrert (NAPHA 2018). Å støtte personlig recovery innebærer å skifte fokus fra å behandle helseutfordringer til å fremme velvære hos personen. Rammeverket bygger på de fire recovery-områdene:

- Håp - Som en hyppig selvrapportert komponent av recovery
- Identitet - Deriblant gjeldende og fremtidig selvilde
- Mening - i livet, deriblant mening om livet og livsmål
- Personlig ansvar - evnen til å ta personlig ansvar for sitt eget liv (NAPHA 2017, s. 14)

Recovery begrepet henger tett sammen med perspektiver som empowerment, resiliens, salutogenese, helsebegrepet og åpen dialog (Deegan 20015; Karlsson og Borg 2013 referert av Biong og Borg 2017, s. 19). Mest brukte definisjonen av begrepet er;

Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv (Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne gjentatt av NAPHA 2018).

I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ruslidelser og psykisk lidelse (ROP lidelse) skrevet av Helsedirektoret (2012) definerer de sin forståelse og hvordan en jobber ut ifra recovery orientert praksis ved ROP lidelse som;

Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og bolig messige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (Helsedirektoret 2012, s. 59).

Senere definerer Helsedirektoret i 2014 Recovery som;

Et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensingene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen (Helsedirektoret 2014, s. 31).

Tjenester kan være mer eller mindre recoveryorienterte. Holdninger hos fagpersonalet som for eksempel troen på brukeren, samt å verdsette at brukeren er ekspert i sitt eget liv er sentralt innen recovery orientert praksis. Viktige elementer i bedringsprosessen er myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål (NAPHA 2018).

Ulike definisjoner av Recovery kan grovt deles i fem parter; individorienterte, sosial og kontekstuelle, system- og resultatorienterte, naturlig samt spirituelle (Biong og Borg 2017, s. 20).

Recovery som åndelig prosess

Hummelvoll (2012) løfter åndelige prosessen ved recovery, og framhever at den handler ikke om bestemte religioner eller kulturelle tradisjoner, men hvordan individet opplever seg i møte med det universelle i tilværelsen. Innen recovery forteller han at det er tre faktorer som er sentrale for den åndelige prosessen “behov for mening i livet, behovet for håp og livsvilje og behovet for tillit og tro på seg selv, andre eller Gud” (Hummelvoll 2012, s. 71-72). Behov for mening, håp, livsvilje, samt stimulering av positive følelser og velvære er viktig del av individet og mange personer som er i en recoveryprosess oppdager at det å tro på noe er en viktig støtte når de føler seg forlatt av andre (NAPHA 2017).

2.4 Helhetlig menneskesyn

Hummelvoll (2012) skriver at vi går ikke forutsetningsløst inn i samhandling med andre mennesker, vi er preget av vår oppdragelse, erfaringer og faglig bakgrunn, som bidrar til å forme vårt menneskesyn. Våre holdninger og handlinger er med å forme det mellommenneskelige samspillet i hverdagen også når vi handler utenom å reflektere. “Vår omgang med mennesker i bestemte situasjoner er ledet av et menneskesyn. Våre handlinger bestemmes av måten vi forstår mennesket og det menneskelige på, også når forståelsen er ureflektert” (Johnsen 1975 referert av Hummelvoll 2012, s. 111).

Helhetlig menneskesyn, som inkluderer åndelighet, kommer opp som et mål og prinsipp innen helse - og sosial yrkesutøvelse og andre omsorgstjenester. I opptrappingsplanen fra 1997 for

psykisk helse blir åndelighet tatt opp som tema, og likestilt med psykisk, fysisk og sosiale behov. Det kommer fram at psykiske lidelser berører de grunnleggende eksistensielle spørsmålene og at rammene rundt personen skal ha muligheter for kulturelle og åndelig stimulans og utvikling etter personens egne premisser.

En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Det er en særlig utfordring å utforme tjenestetilbudet på en måte som også imøtekommer behovet hos etniske minoriteter (Helse- og omsorgsdepartementet 1997, kap. 1.2).

Uavhengig av etnisitet viser Borge og Rolfsen (2009) i en undersøkelse på en psykiatrisk klinikk, hvor stor betydning det har for pasienter at deres religiøse og åndelige behov ble ivarettatt og på hvilken måte presten på klinikken bidro til behandlingen og hvilken betydning presten hadde for dem. Resultatet viser at mange takket ja til samtale med prest, og opplevde at samtale med prest var et nyttig tillegg i helhetlig behandling.

Leenderts (2014) mener at mennesker er naturvesener som på lik linje med andre levende organismer, er bundet av visse strukturer og naturlover. På samme måte som andre dyr kan vi føle glede, smerte, tilhørighet, trygghet og frykt. Vi er biologiske vesener som har visse genetiske forutsetninger og fysiologiske grunnbehov (Leenderts 2014, s. 50). Det som kjennetegner mennesket i naturen, er at vi har en avansert hjerne med en rekke ulike mentale prosesser og klarer å tenke rasjonelt. Mennesker blir preget av arv og miljø og styres av både indre og ytre drivkrefter. Ut ifra et naturalistisk menneskesyn er vi altså bio-psyko-sosiale vesener. Naturvitenskapen, som det naturalistiske menneskesynet er bygget rundt, har gitt avgjørende bidrag til hvordan vi forstår mennesket i dag. Et eksempel er psykiske lidelser som i dag blir behandlet på en helt annen måte enn for noen tiår siden, blant annet ved hjelp av nye medikamenter (Leenderts 2014, s. 50).

Naturalistisk menneskesyn tar ikke høyde for en etisk og moralsk dimensjon for mennesket. Ut ifra et helhetlig menneskesyn tenkes det at menneskets psykiske, fysiske, sosiale og åndelige dimensjoner er en enhet. Vi er udelelige enheter som består av kropp, sjel og ånd. Sjel kan forstås som den delen av menneskets liv som går utover det organiske, som gjennom

ulike reaksjoner, atferd og opplevelser og måter vi uttrykker disse på (Barbosa da Silva 2006, s. 114). Begrepet ånd karakteriserer det ved mennesket som på en kvalitativ måte skiller oss fra andre dyr. Med dette siktes det til evnen mennesker har til komme i posisjon til og å reflektere over egen eksistens når det gjelder både livet og døden (Leenderts 2014, s.52). Leenderts (2014) mener at et helhetlig menneskesyn får vi når vi ser at det er et samspill mellom mennesket som åndsvesen og naturvesen.

Et helhetlig menneskesyn er at mennesket aldri bare blir pasient, klient eller pårørende, og at historien aldri bare blir en syke - eller problemhistorie. Isteden er ethvert menneske alltid en unik person med sin helt unike livshistorie (Leenderts 2014, s. 82).

Når det kroppslige og det åndelige (eller sjelelige) er sett på som atskilte deler, kalles det dualisme. Det dualistiske menneskesynet kjennetegnes ved at mennesket kan bli delt opp som fornuft-, sjel og ånd på en side og kropp, kjøtt og materie på den andre (Johannsen 2012, s. 36-37). Helsepersonell og andre profesjonelle omsorgsutøvere som jobber med behandling av mennesker i rusinstitusjon vil alltid være i kontakt med pasientene, både som kroppslige og åndelige personer. Barbosa da Silva (2006) mener derfor at det er å forvente at helsearbeidere og profesjonelle omsorgsutøvere tar hensyn til pasientens ulike dimensjoner, kropp, sjel og ånd (Barbosa da Silva 2006, s. 113).

Det skal sies at det holistiske menneskesynet eller det helhetlig menneskesyn kun er ett av mange menneskesyn som er det menneskesynet som retningslinjene til helse og omsorgsdepartementet er bygget på. Ulike modeller for behandling underbygger forskjellige menneskesyn etter hva som er hensiktsmessig og ut ifra hva man ønsker å oppnå.

2.5 Åndelighet og åndelig omsorg

Det er knyttet en del usikkerhet rundt hvordan man skal definere ordet åndelighet. Det åndelige er det sjelelige, i motsetning til det legemlige eller det kroppslige. Åndelighet, for mange, dreier seg ofte om religion og tro knyttet til religionen, men det er ikke nødvendigvis avgrenset til en religiøs sammenheng (Danholt 2012, s. 16). Tveit (2012) tar opp to ulike forståelser av begrepet åndelighet. Den første er den eksklusive begrepsforståelsen som handler om at den åndelige dimensjonen ved mennesket dreier seg om en tilhørighet til religion og gudstro. Denne forståelsen er smal og tar ikke med seg den åndelige dimensjonen til mennesker som ikke har en tilknytning til en religion, derav navnet eksklusive. Den andre begrepsforståelsen som Tveit fremhever, er den inklusive begrepsforståelsen. Denne

forståelsen definerer åndelighet som et vidt begrep som rommer både religiøse og ikke-religiøse livsoppfatninger (Tveit 2012, s. 156-157). Mennesker som har en tradisjonell tilknytning til religion, nyere bevegelser innen religion, som New age og mennesker som har en meningsoppfatning som ikke er knyttet til religion har plass. Den inklusive begrepsforståelsen gir begrepet åndelighet en universell dimensjon som gjør det naturlig å tenke at åndelighet er noe som er allmennmenneskelig. Etter litteratursøk har vi funnet at det ikke finnes en felles definisjon på åndelighet. Vi vil derfor legge frem tre definisjoner som forsøker å forklare begrepet.

Leenderts (2014) knytter åndelighet til at mennesker er åndsvesener i tillegg til naturvesener og formulerer det slik;

Den vanligste forståelsen av begrepet [ånd] karakteriserer *det ved mennesket som på en kvalitativ måte skiller oss fra dyrene*. I det følgende bygger jeg på en slik oppfatning av begrepet *ånd* som angår alle mennesker. Vi er både meningssøkende og meningsskapende. Vi har evnen til å håpe Vi har alle noe vi tror på som er særskilt viktig og verdifullt Mennesket som åndsvesen rommer dermed faktorer som *frihet, ansvar, valg, vilje, verdier og tro, håp og mening* (s. 52).

Tveit (2012) viser til en definisjon av Murray og Zentner fra 1989 som er mye brukt i sykepleien. Denne har blitt kritisert for å være for vid, men Tveit mener også det er en definisjon som er opptatt av enkeltmenneskets erfaringer og viser hvordan det åndelige hos et menneske ofte kommer frem ved sykdom og kriser.

En kvalitet som strekker seg videre enn religiøs tilhørighet, som forsøker å gripe erfaringer av inspirasjon, ærefrykt, respekt, mening og hensikt også hos de som ikke tror på en gud. Den åndelige dimensjonen forsøker å være i harmoni med universet, den søker svar på det uendelige, og kommer ofte lett i fokus i tider med følelsesmessige påkjenninger, fysiske og psykisk, tap og død (Tveit 2012, s.158).

Johannessen (2012) viser til en definisjon som er kortere og mer konkret. Skrevet av Magelssen og Fredheim i 2011

“Den eksistensielle eller åndelige dimensjonen omfatter personens grunnleggende verdier, tanker om hva som gir livet mening, og religiøse eller ikke-religiøse verdensbilde” (Magelssen og Fredheim 2011, referert av Johannessen 2012, s. 38).

Definisjonene viser ulikheter i hvordan man kan beskrive åndelighet, men mange av de samme elementene går igjen, som mening og verdier står sentralt. De viser også at åndelighet rommer både det religiøse og ikke-religiøse mennesket og dets syn på verden.

Medås, Blystad og Giske (2017) gjorde også en kvalitativ studie som konkluderte med at det trengs større profesjonelt fokus på åndelighet og åndelig omsorg, spesielt i sykepleiernes praksis. Informantene i studiet opplevde åndelighet som utfordrende i psykisk helsearbeid da det er et vidt, subjektivt og multidimensjonalt fenomen. Samtidig mente de at åndelighet er et «ikke-tema» i praksis og det er lite kunnskap rundt temaet.

Dette viser at det ikke bare finnes mange ulike definisjoner på åndelighet, men at åndelighet også er like vanskelig å definere i praksis. Det er et vanskelig tema å forholde seg til når man jobber med andre mennesker som har sitt eget syn på hva åndelighet er og hva det innebærer.

2.5.1 Åndelige behov og åndelig omsorg

Hatala (2013) skrev en oversiktsartikkel der formålet var å se om det var empirisk grunnlag for å inkludere åndelighet i den allerede eksisterende Biopsykososiale sykdomsperspektivet og å utvide det til et biopsykososial-åndelig eller holistisk perspektiv på sykdom. Det var i hovedsak fem funn som kunne argumentere for et biopsykososialt - åndelig eller holistisk sykdomsperspektiv. (1) Åndelighet hadde positive effekter på pasienters evne til å håndtere alvorlig sykdom og i noen tilfeller bidro det til en raskere psykisk og fysisk tilfriskning. (2) Personer bevisst på egen åndelighet hadde bedre forutsetninger til å finne sosiale fellesskap og reintegrering i samfunnet. (3) Åndelighet kunne assosieres til helse ved at det ofte fremmer helseforbedrende atferd og samtidig begrenset helsefarlig atferd. (4) åndelighet og åndelig praksis har vist positiv effekt i personer følelse av mening, håp og hensikt med livet, spesielt ved alvorlig sykdom. (5) Siste var hvordan åndelighet og åndelig praksis kunne virke som en hindring av god helse. Ved at enkelte åndelige og religiøse personer har en holdning av at gud kan helbrede deres sykdom og dermed velger vekk klinisk hjelp. Han argumenterer for at helse må sees i en dynamisk sammenheng mellom biomedisinsk, psykologisk, sosiologisk og åndelige perspektiver, og at forskning og praksis må ha et holistisk fokus på disse 4 perspektivene.

Tveit (2012) skriver at det åndelige hos et menneske ofte kommer frem når vi opplever sykdom, lidelse og kriser i livet. Det er i disse periodene at spørsmål om meningen og hensikten ved livet og betydningen av menneskets eksistens ofte dukker opp. Det å gi god åndelig omsorg handler om å ta utgangspunkt i det enkelte menneskets unike erfaringer av

eksistens og mening i den aktuelle situasjonen personen er i. Samtaler eller møter av en åndelig karakter oppstår ofte spontant og uplanlagt, og gjør at profesjonsutøveren må være årvåken, sensitiv og må kunne prioritere tid til personen det gjelder. Tveit (2012) fremhever at profesjonsutøveren må våge å gå inn i slike samtaler, og at det handler om kunnskap, erfaring og trygghet hos den enkelte profesjonsutøveren (Tveit 2012, s.159). Lee (2012) understreker at helse- og sosialarbeidere ikke kan gi pasientene et enkelt svar i møte med eksistensielle spørsmål, men det å være en samtalepartner som bidrar til å hjelpe pasienten å finne svarene selv, eller tilby pasienten å snakke med en som har mer kompetanse innen den aktuelle problemstillingen. Han ser på empati som grunnsteinen i det å utøve åndelig omsorg, den evnen å kjenne seg igjen og speile den emosjonelle tilstanden til et annet menneske (Lee 2012, s. 190-196).

Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) definerer åndelig omsorg som å være oppmerksom på brukerens eksistensielle spørsmål og ressurser, å lytte til den mening disse har i brukerens livshistorie, og å assistere brukeren i hans/hennes arbeid med eksistensielle spørsmål, med utgangspunkt i hans/hennes eget livssyn. De presiserer at omsorgen ikke skal ta utgangspunkt i et bestemt livssyn, men skal handle om brukeren selv. For mange helsearbeidere er livssyn en svært personlig sak og de understreker at det ikke er noe poeng i at helsearbeideren skal være uten eget livssyn, men tvert imot krever det at helsepersonellet reflekterer over sitt eget forhold rundt sine eksistensielle spørsmål og livssyn (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998, s. 21).

Borge (2012) skriver at en av utfordringene for mange helsearbeidere innen rus og psykiatri er en usikkerhet og hjelpeløshet i forbindelse med hvordan man skal håndtere åndelige spørsmål hos pasienter. I stedet for å møte åndelige spørsmål fra et fenomenologisk ståsted vil mange raskt knytte seg til en ensidig medisinsk modell, der åndelighet har liten plass (Borge 2012, s. 131).

Borge og Rolfsnes (2009) gjorde en undersøkelse på en psykiatrisk klinikk der de spurte pasientene om hvorfor de ønsket samtale med prest. Funnene i undersøkelsen viste at pasientene ønsket samtale med prest fordi de følte at samtalene utfylte deres bedringsprosess. Det kan derfor virke som at pasientene opplevde at det åndelige og psykologiske i behandlingen hørte sammen som en helhet. Pasientene i deres undersøkelse opplevde av denne grunn en følelse av anerkjennelse, mening og håp.

Åndelighet og åndelig omsorg kan altså romme så mye. Det blir ikke mindre omfattende når vi legger til temaet rusbehandling, lovverket og retningslinjene som skal regulere nettopp

psykiatrien og rusfeltet. Vi har prøvd å belyse dette fra flere ulike vinkler og utgangspunkt samtidig som vi har avgrenset hvor mye vi har valgt å belyse i denne besvarelsen. Det finnes flere måter å forstå åndelighet på og det er mange andre synspunkter på rusbehandling, vi har kun nevnt noen.

3. Metode

Med bakgrunn i temaet vi har valgt, problemstillingen vi ønsker svar på og målet vi har for studien, velger vi en metode. En forskningsmetode kan beskrives som det å følge en vei mot et mål eller redskapet vi bruker i møte med det vi vil undersøke (Dalland 2017, s.52-54).

Temaet vi valgte; *Åndelighet som et element i helhetlig menneskesyn i arbeid innen rusomsorg i Norge*, der vi utarbeidet problemstillingen: *I hvilken grad har åndelighet som del av et helhetlig menneskesyn plass i rusbehandling innenfor to institusjoner i Rogaland*. Ut ifra dette peker problemstillingen i retning av en kvalitativ metode og kunnskapsutvikling i form av å forstå fenomener som er knyttet til personer og deres situasjoner i deres sosiale virkelighet (Dalen 2013, s. 14). Kunnskapsutviklingen vi er ute etter er knyttet til helse- og sosialarbeideres erfaringer knyttet til åndelighet i praksis. Kvalitativ forskning fokuserer på opplevelsedimensjonen som personen har og ikke bare en beskrivelse av de forholdene personen lever under (Dalen 2013, s. 15). Vi mener derfor at en kvalitativ metode er hensiktsmessig i forhold til temaet vi har valgt.

Problemstillingen ble utformet på bakgrunn av opplevelser vi hadde i praksis og nysgjerrighet på helse- og sosialarbeideres opplevelser og erfaringer omkring åndelighet i praksis i rusbehandling. For å få innsikt i informantenes erfaringer og tanker rundt fenomenet vi forsøker å få bedre kjennskap til, kan kvalitativt intervju være godt egnet som metode (Dalen 2013, s. 13).

Som metoderedskap har vi valgt individuelle intervjuer som fremgangsmåte for å belyse temaet og problemstillingen. Gruppeintervju var også et alternativ, men på bakgrunn av at det kunne være vanskelig å samle de aktuelle intervjupersonene på samme sted til samme tid, ble individuelle intervjuer valgt.

3.1 Utvalg og rekruttering

Utvalget av informanter er basert på det man kaller for et strategisk utvalg. Ved et strategisk utvalg velges informanter som har noe spesielt å bidra med i undersøkelsen (Dalland 2017, s.56). For å belyse temaet mener vi det ville være hensiktsmessig å intervju personer av ulik profesjon som arbeider med rusbehandling. Dette ble gjort med tanke på å sikre variasjon i utvalget og for å få belyst problemstillingen fra flere sider (Malterud 2017, s.58).

Vi hadde noen utfordringer med å finne informanter til prosjektet. Dalen (2008, s.47) skriver at en god måte for studenter å finne informanter til en intervjustudie er å ha en periode med

oppsøkende virksomhet for å “spane” feltet. Vi startet derfor med å oppsøke kveldskurs og seminarer som omhandlet rus og rusbehandling. Vi kom i kontakt med to personer som hadde lyst til å delta på intervju til oppgaven. I samtaler med disse personene ble de spurt om de visste om andre som jobbet i rusfeltet, som kanskje hadde en interesse av å delta på et intervju til oppgaven. På denne måten kom vi i kontakt med 4 personer som hadde lyst til å delta i studiet. Inklusjonskriteriene for studiet var at intervjupersonene skulle ha 3 år eller høyere utdanning innen helse og sosialfag eller brukererfaring samt arbeid innen rusomsorg.

Vi laget et informasjonsskriv og samtykkeskjema som vi sendte til alle fire deltakere via e-post, der de også fikk informasjon om at det på hvilket som helst tidspunkt var mulighet til å trekke seg fra studiet, samt vår taushetsplikt og deres anonymitet knyttet til prosjektet. Vi valgte å bruke lydopptaker til intervjuene og i den anledning ble informantene også informert om dette og hvordan datamaterialet ble håndtert.

Med kvalitativt intervju vil vi avdekke dybdekunnskap. Det vil derfor være viktig at antallet informanter ikke er for stort, fordi gjennomføring av intervjuer og bearbeiding av materialet er tidkrevende (Dalen 2011, s.45). Med utgangspunkt i dette valgte vi å begrense antallet informanter til 3-4 personer med mulighet for utvidelse om datagrunnlaget ble for tynt.

Vi satt igjen med 4 personer som ønsket å delta i studiet.

Tabell 1. Oversikt over utvalget

Deltakere	Profesjon	Kjønn	Alder	Arbeidserfaring i rusbehandling	Annen høyere utdanning
Deltaker 1	Prest	Mann	>60 år	<20	x
Deltaker 2	Erfaringskonsulent	Kvinne	>50 år	<10	
Deltaker 3	Vernepleier	Kvinne	>40	<10	x
Deltaker 4	Rusforsker	Mann	>60 år	30<	x

Det å inkludere rusforskeren som en del av datagrunnlaget for analyse og diskusjon kan være problematisk, da han innehar en annen type kompetanse og erfaring i rusfeltet enn de øvrige deltakerne. Vårt hovedfokus i studien er knyttet til åndelighet i rusbehandling. Med bakgrunn i dette vil vi bruke rusforskerens perspektiver knyttet til temaet som en forundersøkelse for oss som forskere.

3.2 Intervjuprosess

En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet i forkant av intervjuene (vedlegg 1) som ble sendt til samtlige intervjupersoner før selve intervjuet, slik at de skulle få lese igjennom og få tid til å reflektere over spørsmålene i forkant. Vi valgte å bruke en semistrukturert form i intervjuet for å fremme levende og spontane svar, samtidig som at vi holdt oss til temaet om åndelighet (Bjørndal 2011, s. 97).

Intervjuene fant sted på intervjupersonenes egen arbeidsplass, på intervjupersonens kontor eller et rom der det ikke var andre mennesker. Dette for å gjøre det enklere for disse personene. De første spørsmålene var faktaorienterte som var lette å svare på slik at samtalen kom i gang før vi gikk inn i nøkkelspørsmålene i intervjuet. På denne måten har vi mulighet til å snakke oss varme og skape tillitt hos intervjupersonen (Dalland 2017, s. 78).

Begge forskerne var til stede på intervjuene. Vi fordelte oppgavene slik at den ene tok seg av selve intervjuet og den andre noterte underveis. Ved at vi begge var til stede bidro det til at vi begge fikk med oss meninger og inntrykk i det personen fortalte som ikke formidles gjennom en lydopptaker (Dalland 2017, s. 87). Før intervjuene startet ble intervjupersonene spurt om de hadde noen spørsmål utover det som sto på informasjonsbrevet (vedlegg 2.) og de ble igjen informert om taushetsplikt, anonymitet og muligheten de hadde til å trekke seg. Samtykke ble innhentet skriftlig (vedlegg 2.).

Vi var opptatt av at intervju spørsmålene skulle være åpne og oppfordre til beskrivelser. Spørsmålene vi stilte var derfor formulert som, “hva er dine refleksjoner rundt dette?” og “hvordan opplever du dette”. Dette for at informantene skulle åpne seg og fortelle med sine egne ord om sine opplevelser rundt temaet (Dalen 2011, s. 27).

3.3 Validitet og reliabilitet

Gjennom studien har vi vært opptatt av validitet og reliabilitet. Hvor godt vi kan måle og formulere hva vi vil undersøke og om vi kan ta gyldige slutninger av data som vi har samlet inn. Tidligere forskning som ligner på temaet, viser lignende resultater, men forskningen er ikke innen russektoren i Norge. Reliabilitet av forskningen må derfor ses på som kritisk.

Informantene har sin egen forforståelse og personligheter. Kultur og åpenhet angående tema varierer fra forskjellige virksomheter, og våre personligheter og intervjustil preger også hvor åpne informantene svarte på spørsmålene. Intervjuene vi tok var tatt på to forskjellige institusjoner i Rogaland. Det vil derfor være tvilsomt om resultatene kan generaliseres til rusfeltet som en helhet i Rogaland.

Måten vi fant intervjupersoner på, var at vi deltok på forskjellige rus relaterte kurs og konferanser, så vi kjente til personene vi intervjuet gjennom dette. Dette kan sees på som kritisk da de ikke var tilfeldig valgt. Måten vi oppsøkte informantene var direkte kontakt med de aktuelle informantene. Vi gikk ikke gjennom en tredjeperson, som f.eks. leder for virksomheten. Dette kan derfor være en mulig feilkilde.

Intervjuguiden ble laget ut ifra hva vi ville finne ut. Når vi laget intervjuguiden hadde vi kort lest over hva lover og rundskriv skriver om åndelighet, vi hadde lest noen forsknings artikler og bøker som omhandlet tema. Ved analysering av data dukket mange spørsmål opp, samt refleksjoner som vi gjerne skulle sett at vi hadde tenkt på under intervjuene. Kvale og Brinkman (2015 referert av Dalland 2017) skriver at intervju med høy kvalitet, bør meningene som kommer frem bli tolket, verifisert og kommunisert før intervjuet er slutt (Kvale og Brinkman 2015, referert av Dalland 2017, s. 85). Gode intervjuferdigheter er derfor en treningssak. Svakheterne ved intervjuguiden er at den brøt ikke ned begrepet åndelighet i mer håndterlige begreper. Under intervjuene så vi at det var vanskelig for noen å formulere hva de tenkte angående begrepet. Det er individuelt hva man legger i begrepet og er en av tingene vi vil finne ut av. Derfor ser vi kritisk på validiteten i vår studie, da det handler om individuelle meninger.

I tolkning av data ser vi positivt på at vi er to forskere, som deler tanker og refleksjoner rundt det informantene sa. Ingen tolker på samme måte og ingen tenker på samme måte. Vi prøvde å være kritisk til hvilke briller vi brukte i analyseringsprosessen. Personlighet og forforståelse kan farge våre tolkninger, og vi er fornøyde med at vi var to som skulle arbeide sammen.

3.4 Kvalitetssikring og kritikk på egen metode

Vi valgte kvalitativ forskningsmetode i form av intervju til å finne essensen i temaet hos profesjonelle som jobber i russektoren. Vi ser at temaet åndelighet kan være personlig og egen forståelse av begrepet hos informantene vil farge svarene hos dem. Vi valgte informantene med den hensikt å få flerfaglige perspektiv innen feltet og valgte derfor ikke kun vernepleiere eller kun en yrkesgruppe. Grunnen til at vi valgte kvalitativt intervju var at vi syntes det var

spennende å høre hva forskjellig yrkesgrupper hadde å si om temaet, det er ikke så mye norsk forskning og litteratur om hvor relevant åndelighet er i russektoren. Så vi hadde rett og slett lyst til å spørre de som jobber innen sektoren om hva de synes.

Det å finne nye, 5 år eller nyere artikler og forskning innen rus ble utfordrende, samt når vi ønsket artikler som handlet om både rus og åndelighet var det ikke mye å velge ut fra. Det er en del skrevet om 'addiction and spirituality' i engelsk litteratur, som vi brukte til å få bedre forståelse for hva vi så etter. Men fordi vi vil vite hvordan det er i Norge, har vi valgt å ikke legge for stor vekt på disse kildene.

3.5 Forskningsetikk og etiske refleksjoner

“Samfunnet stiller krav om at all vitenskapelig virksomhet skal reguleres av overordnede etiske prinsipper som er nedfelt i lover og retningslinjer” (Dalen 2011, s. 100). Det nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), beskriver forskningsetikk som “...et mangfold av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet” (NESH 2016, s. 5).

Som hovedregel i forskning som involverer personer i forskningsmaterialet, skal man ikke sette i gang før man har fått deltakernes informerte samtykke (Dalen 2011, s. 100). Før alle intervjuene ble et informasjonsskriv (vedlegg 2.) sendt til samtlige deltakere, med informasjon om tema for forskningen, hvilken metode som anvendes og hva det ville si å delta i studiet. Dette for å gi deltakerne tilstrekkelig informasjon om forskningen slik at de selv har mulighet til å vurdere om deltakelse er aktuelt (Dalen 2011, s. 101).

Lydopptaker var et verktøy som skulle brukes for å samle datamateriale. Vi var derfor opptatt av å informere deltakerne, både i informasjonsbrev og før intervjustart, om hvordan data som samles på lydopptakeren ble behandlet. Dette fordi deltakerne har krav på at informasjonen de gir, skal behandles konfidensielt (Dalen 2011, s. 101). Lydopptakeren som ble brukt var av typen som ikke kunne overføre data til andre digitale enheter og ble oppbevart i et låst skap på skolen når den ikke var i bruk. Vi forsøkte også å transkribere og anonymisere intervjuene, så godt det lot seg gjøre, rett etter alle intervjuene.

Vi var også opptatt av hvordan vi oppførte oss i intervjusituasjonen og brukte litt tid til å snakke om andre ting, samt fortelle litt om oss selv før selve intervjuet starten, slik at deltakeren ikke skulle føle seg overrumplet av vanskelige spørsmål. Dette for å skape en litt mer avslappet atmosfære rundt selve intervjuet. Når deltakerne svarte på spørsmål, var vi

bevisste på at vi skulle vente til de var ferdige med å fortelle, før vi stilte eventuelle oppfølgingsspørsmål og tok en lyttende rolle i intervjuet.

Som nevnt tidligere, er temaet åndelighet ofte personlig hos individer og det kan farge svarene hos individene hvor bevisst og selvsikre de er å snakke om egne holdninger til åndelighet og hva deres forståelse av begrepet er. Når vi valgte informantene, vurderte vi hvor relevant deres arbeidsoppgaver og utdanning opp mot besvarelsens tema og problemstilling. Hvis vi hadde fått utdelt tilfeldige informanter og ikke søkt etter de selv, kan svarene ha blitt annerledes. Under intervjuet brukte vi åpne spørsmål som ikke var farget av våre meninger og unngikk ledende spørsmål.

3.6 Analysebeskrivelse

Etter intervjuene, ble opptakene transkribert. Ved transkribering av intervjuopptak er hensikten å gjøre datamaterialet tilgjengelig for analyse (Malterud 2017).

Transkriberingsarbeidet var omfattende og vi satt til slutt igjen med mye tekst.

Etter transkribering av alle intervjuopptakene begynte analyseringen av datamaterialet. Vi fulgte Malteruds (2017) oppskrift for systematisk tekstkondensering. Oppskriften består av fire trinn.

Første trinn var å lese igjennom den sammenhengende teksten fra alle intervjuene, slik at vi fikk et helhetsinntrykk av hva intervjupersonene fortalte oss. Vi noterte hver for oss hva vi kunne se av foreløpige tema i teksten og satte oss sammen i etterkant for å sammenligne hva som var sammenfallende og hva som ikke var sammenfallende (Malterud 2017).

Etter at vi var blitt enige om hvilke foreløpige tema vi mente kunne belyse problemstillingen, begynte vi arbeidet med å sortere ut meningsbærende enheter i teksten og legge de til i de temaene hvor de hørte til. Det gjorde vi med å lese sitat for sitat og diskutere vår tolkning av de meningsbærende enhetene, igjen var det en stor fordel at vi var to som arbeidet sammen for å diskutere ulike synspunkter

Neste trinn var å kondensere de meningsbærende enhetene i hvert tema til en sammenhengende tekst i “jeg” form. Vi valgte å skille vernepleieren, erfaringskonsulenten og institusjonspresten hver for seg, fordi de hadde ulike synspunkter og meninger angående temaet. I tabell 2. ser man en oversikt over temaer og uttalelser fra informantene.

Tabell 2. - Oversikt over temaer og uttalelser for analysering

Tema	Vernepleier	Erfarings konsulent	Institusjons prest
Manglede kunnskap	<p>Handler om uvitenhet og at jeg ikke vet nok og derfor er det skremmende for min del. Temaet blir gjerne litt for stort til å forstå.</p> <p>Jeg vil lære, men jeg har ikke peiling, det må jeg ærlig si. Er jo noe vi bør kunne ta opp, det er jo en viktig del av et menneske. Det er jo noe positivt.</p>	<p>Vi snakker jo ikke om det, hvordan skal folk vite om det da? Hvordan snakke om det når du ikke vet hva det er selv?</p> <p>Åndelighet mangler i behandling av rusavhengige. Man glemmer liksom den delen når man behandler et menneske.</p>	<p>Har vært tabu da åndelighet innen psykiatrien har blitt sett på som en del av problemet og ikke som en del av løsningen.</p> <p>Mangler man kunnskap må man heller fokusere på den andre og lese den andre uten å måtte definere alt på forhånd.</p>
Religion	<p>Ja forbinder det nok med religion, men vet nok ikke helt hvorfor.</p> <p>Siden jeg forbinder det med noe kristent, er det skummelt å ta opp.</p>	<p>Forbinder det ikke med religion, men opplever at mange forbinder det med noe kristent. Det handler om meg og å gi meg mening. Det er noe veldig personlig.</p>	<p>Forbinder det med helhetlig menneskesyn og at åndelighet er essensen av det som gjør oss til mennesker. Historisk sett forbundet med gudelighet.</p>
Usikkerhet	<p>Jeg syns det er velig vanskelig, først blir jeg litt skremt og deretter vet jeg ikke helt va jeg tenker om</p>	<p>Mange viser motstand til å snakke om ting de ikke forstår.</p>	<p>Ja, behandlere henter meg når temaet kommer opp og de blir usikre. Forstår at behandlere kvier seg</p>

	det. Når pasientene snakker om dette, blir det veldig stort.	At det kan tolkes religiøst gjør det vanskelig.	fordi du kan bli utfordret av en pasient på om du er kristen. Viktig å jobbe med usikkerheten med god faglighet i bunn.
Lite fokus	Erfarer at vi ikke hører like mye om det som andre tema. Mye fokus på andre ting. Forskjell fra pasient til pasient. Ift. Økt fokus merker jeg ikke dette i min jobb. Alt må jo være der for å gi et godt helhetlig tilbud. Møte den enkelte der de er og møte de på det de ønsker og har behov for.	Syns det er veldig lite fokus. Det er presten som snakker om sånt. Syns det er mer fokus på de praktiske og mer ytre tingene. Åndelighet er ikke likestilt med de andre behovene. I selve behandlingen er det ikke fokus på åndeligheten til brukeren.	Fokus på at det skal være mulighet for åndelighet på min arbeidsplass.

Det ble enklere å analysere hva informantene sa om de utvalgte temaene når vi fikk delt det inn og lagd en visuell sammenligning av hva de sa til de forskjellige temaene som kunne belyse oppgaven best.

Som siste trinn i analysen forsøkte vi så godt vi kunne å sammenfatte dataen på en måte som var lojal i forhold til intervjupersonenes stemme (Malterud 2017, s. 108) og vi bruker sitater fra de til å beskrive våre funn. Etter sammenfatningen av dataen ble funnene validert ved å sammenligne de til den konteksten de opprinnelig var hentet fra (Malterud 2017, s. 97).

4. Resultat

Vi har valgt å dele funnene opp i fire hovedtemaer som ble utarbeidet ut ifra analysen. Første tema handler om helhetlig menneskesyn i rusomsorg der vi utforsker hva behandlerne er opptatt av innen rusomsorgen. Andre temaet er knyttet til om åndelighet er noe som er tabubelagt og ikke blir en del av behandlingen fordi behandler ikke tørr å åpne opp for dette temaet. Tredje tema handler om holdningene hos behandlerne til begrepet åndelighet og knytting av begrepet opp mot religion. Siste tema dreier seg om kunnskapsutvikling og mangel på kunnskap. Den tar også opp mangel på språk til å utforske den åndelige dimensjonen hos pasientene.

Når vi bruker sitat fra informantene skiller vi mellom de med - institusjonspresten, vernepleier og erfaringskonsulent. Sitatene vi bruker fra informantene, velger vi å bruke kursiv for å skille de ut.

4.1 Helhetlig menneskesyn i rusomsorg

Intervjupersonene har ulikt syn på hva helhetlig menneskesyn innebærer, men alle er enige i at rusbehandling må handle om å se mennesket i behandling som en helhet med sine individuelle behov. At man skal ta hensyn til ulike livssituasjoner hos ulike pasienter og møte de på ulike behov og hjelpe og veilede pasienter til å knytte seg til ulike ting der de finner mening, tilhørighet og felleskap.

«Jeg er opptatt av et helhetlig menneskesyn som handler også om den åndelige delen eller den spirituelle delen av mennesker. Knyttet til de store spørsmålene i livet. Sann som meiningen med livet og de eksistensielle spørsmålene. Det er en del av oss. Og jeg vil tenke at det gjør at åndelighet er på en måte en essensiell del av det som definerer deg som menneske. Og hva man legger i det med åndelighet blir jo veldig individuelt, hva man putter i den sekken, men jeg tenker at det er det som gjør mennesker til noe mer enn bare en boks, med ulike funksjoner som foregår og der hjernen ved hjelp av elektriske impulser driver og styrer alt som foregår i oss (Institusjonsprest).»

Erfaringskonsulent savner fortsatt et større fokus på det åndelige på sin arbeidsplass. Hun forteller at de er veldig flinke til å fokusere på praktiske ting, det er fokus på det psykiske, fysisk aktivitet og helse, terapi og gruppesamtaler, men lite fokus på den åndelige delen ved pasientene. Hun har deltatt i etikkgrupper som erfaringskonsulent, der forskjellige temaer er tatt opp i gruppetimer. Hun forteller at det er en god måte å reflektere i grupper om

eksistensielle spørsmål og utfoldelse av livssyn. Hun sier at åndelighet er den delen av mennesket som blir glemt i rusbehandlingen, etter hennes erfaring.

Vernepleier sier at der hun arbeider er de opptatt av medisiner, det fysiske og ernæring. De har så mange konkrete, men at åndelighet ikke har vært et tema som er tatt opp på vaktrommet. På samme tid forteller hun at helhetlig rusomsorg er noe som er aktuelt innen hennes fagfelt som de prøver å arbeide mot. At pasienter i rusbehandling har ulike behov, og mye må på plass for at folk skal få det til; *«Vi skal prøve å treffe alle punktene for pasienten, men det er jo forskjellig fra pasient til pasient.»* Helhetlig rusomsorg betyr for henne at alt må være der, både før, i behandling og etter behandling på pasientens premisser.

4.2 Et tabubelagt tema?

Institusjonspresten forteller at åndelighet har vært tabu innen psykiatrien. *«Det åndelige har blitt sett mer på som en del av problemet enn som en del av løsningen.»* Han forteller også at han vet at behandlere kvier seg for å ta opp temaet fordi de er redde for å bli utfordret av pasienter med spørsmål som *“Du som behandler, er du kristen?”*.

Vernepleieren forteller at hun blir litt skremt av temaet og ikke vet helt hva hun skal si om temaet kommer opp. I tillegg forteller hun at hun ikke syns det er et tema som blir snakket om mellom ansatte *“det er jo ikke ofte du snakker så mye om det. I alle fall ikke på vårt vaktrom. Det er ikke noen åpne samtaler om at jeg er kristen eller troende. Jeg syns ikke vi snakker så mye om dette faktisk”* Hun sier også at i samtaler med pasienter kan hun tenke at *«nå må vi bare få pakket dette inn.»* Hvorfor slike tanker dukker opp, sier hun ikke noe om.

Erfaringskonsulenten sier at åndelighet er noe som er veldig personlig og derfor også vanskelig å snakke om. Hun sier hun kan forstå om dette gjør at noen kvier seg for å ta opp temaet og heller ønsker å avslutte samtalen om åndelighet blir et tema.

Det er et tema som ikke blir snakket om og erfaringskonsulenten sier også at det blir sett på som andres ansvar. Presten blir da nevnt her. Institusjonspresten sier at han ofte opplever at behandlere henter han når åndelighet kommer opp i samtaler da de ikke er trygge på tema og ikke har nok kunnskap. Han understreker likevel at dette er en god måte å tenke tverrfaglig på, på hans arbeidsplass, men at ikke alt som har med åndelighet kun hans arbeidsoppgave, at når en jobber med mentalisering og miljøterapi må man se på hele bredden av behovene pasient har.

Vernepleieren sier at flere har egne meninger om temaet som gjør at det blir mindre åpenhet rundt åndelighet. På spørsmål om hva hun mener om at åndelighet er tabu, svarer hun at det for hennes del handler mer om uvitenhet og om at det finnes mange meninger blant både personal, men også pasientene som gjør temaet ømfintlig.

4.3 Kunnskap og usikkerhet

Både vernepleieren og erfaringskonsulenten forteller i intervjuene at de mangler kunnskap om temaet åndelighet og i tillegg mangler kunnskap om hvordan de kan snakke om åndelige tema med pasienter. De sier begge to at det er skremmende å snakke med pasienter om et tema de ikke kan nok om. Erfaringskonsulenten påpeker at det er vanskelig fordi de ikke har noen felles definisjon på arbeidsplassen.

Vernepleieren forteller at noe av grunnen kan være fordi hun ikke er så interessert i det som handler om åndelighet i arbeidet. Hun forteller videre at hun ikke kan huske at åndelighet og åndelig omsorg har vært en del av undervisningen når hun studerte.

De to overnevnte forteller i tillegg at åndelighet ikke er et tema der de arbeider og av den grunn gjør det vanskelig å reflektere og tilegne seg kunnskap om hva åndelighet er.

Erfaringskonsulenten tror at mange behandlere ikke har et forhold til hva åndelighet er og når det ikke blir tatt opp som tema på arbeidsplassen, blir det overlatt til hver enkelte å tolke det som de vil.

«Vi snakker jo ikke om det, hvordan skal folk vite om det? Det er sånn med alt, hvis du ikke kjenner til det, hvordan skal du så gå og liksom.. Gå inn i det og snakke om det, kunne snakke om det med brukere når du ikke vet hva det er selv (Erfaringskonsulent).»

Institusjonspresten knytter spørsmålet om kunnskap til en frykt blant behandlere om å bli satt i en bås som handler om trosbasert behandling. Der det handler om en usikkerhet når det gjelder å ta opp temaer om åndelighet med pasienter i frykt for at det vil komme til hinder for relasjonen mellom behandler og pasient. Han understreker at det viktigste er kunnskap om hvordan man skal ta opp temaer. At man må tenke gjennom hvordan man spør og være ryddig i hvordan man gjør det. I tillegg må behandlere ha kunnskap om hvordan man skal fange opp temaer og spørsmål knyttet til åndelighet hos pasienter og hvordan de da skal kunne bygge videre på samtalen. Han forteller videre at man må fokusere på pasienten og lese pasienten uten å måtte definere alt på forhånd.

Erfaringskonsulentene nevner at hun føler at folk er alt for forsiktige med å spørre om ting. At frykten for å fornærme noen står sterkt hos behandlerne. Hun påpeker at hvis psykisk, fysisk, sosialt og åndelig behov skal være likestilt, hvorfor skal det være så vanskelig å spørre om eksistensielle og åndelige spørsmål.

Vernepleieren sier det er mye usikkerhet rundt tema og kjenner en usikkerhet i hvordan hun skal møte pasienter i samtale når de tar opp åndelige tema.

“Det er ikke noe jeg tar opp hvis jeg har en samtale med en pasient. Men om jeg bør ta det opp er jo en annen ting. Jeg vet ikke. Jeg vet ikke hvordan jeg skulle tatt det opp heller (vernepleier).”

Senere i intervjuet forteller hun at;

«Det er også vanskelig med folk som jobber her som har sine personlige meninger om åndelighet. Det er noe vi jobber med. At folk skal være mer åpne.»

4.4 Åndelighet assosiert til religion og kristendom

Erfaringskonsulentene sier at hun ikke forbinder det med religion, men opplever at mange forbinder det med noe kristent. Institusjonspresten forbandt det, rent historisk, opp mot noe guddommelig, men at han rent personlig mener det handler mer om helhetlig menneskesyn. Han sier at den åndelige dimensjonen er universell og gjeldende for alle.

Begge uttrykker likevel at det er utfordringer ved åndelig omsorg i rusbehandling knyttet til at mange terapeuter og andre behandlere relaterer åndelighet til religion, og ofte kristendom.

Institusjonspresten begrunner dette med at det historisk sett i norsk rusbehandling har vært en del private aktører som frelsesarmeen, blå kors og evangeliesentrene som tidligere har hatt en form for enerett til å jobbe med åndelig omsorg. De har hatt et karismatisk fokus på den åndelige omsorgen som har åndeliggjort mer enn nødvendig. Han opplever at fokuset i rusfeltet de siste årene etter rusreformen har vært å tenke gjennom hva det åndelige handler om og å trekke det tilbake fra den karismatiske tilknytningen den har hatt. På tross av dette nye fokuset, mener han at det fortsatt er noen utfordringer knyttet til hva terapeuter og behandlere forbinder det åndelige med og understreker at det handler mer om relasjoner enn mirakler.

Erfaringskonsulentene mener at det ikke er så rart at mange i samfunnet og innen behandlingsapparatene knytter åndelighet opp mot kristendom og religion, da det kun er

prestene som representerer den åndelige dimensjonen. I tillegg trekker hun frem at hun tror det er vanlig i det norske samfunnet å knytte det åndelige til det kristne fordi man ofte hører om åndelighet i kristelig sammenheng. Hennes syn på åndelighet er preget av NA's (Anonyme narkomane) og AA's (Anonyme alkoholikere) forståelse av åndelighet; at en må finne kraft større enn seg selv, "gud" som du selv oppfatter han. At det kan være felleskapet som NA og AA gir, relasjoner med andre eller forbindelse med naturen. Hun ser at mange som hun treffer innen rusfeltet har et innviklet syn hva åndelighet betyr, og det gjør det vanskelig å jobbe med.

Vernepleieren sier at hun knytter begrepet åndelighet opp mot religion, men sier selv at hun har et åpnere syn til begrepet "spirituality". Hun ser på det mer alternativt enn åndelighet. Hun opplever gjennomgående at folk knytter åndelighet til kristendom og religion. Ved spørsmål om hva hun tenker når hun hører ordet åndelighet forteller hun;

"Først så blir jeg litt skremt. Jeg tenker sånn "åh herregud". Jeg vett ikke om jeg har tatt stilling til om jeg er troende eller ikke. Jeg er døpt, så jeg er jo egentlig i statskirken. Jeg synes det veldig vanskelig. Først blir jeg skremt, men deretter vet jeg ikke helt hva jeg tenker om det, men jeg er åpen for å være åpen og høre om det" (vernepleier).

Vernepleieren forteller at når pasienter begynner å snakke om sitt livssyn eller religion "*i det vide og det breie*", blir det veldig stort for henne, og hun opplever som hun må pakke det inn. "*Jeg vet liksom ikke helt ... av og til ... går du over en grense? Av og til tenker du litt sånn psykotisk fordi det er litt sånn. men av og til er det jo noen som bare er interessert i dette og da må de vel få snakket om det*" (vernepleier).

5. Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte resultatene fra intervjuene som ble presentert i forrige kapittel, opp mot relevant teori og artikler vi har funnet om tema. Her vil vi drøfte teorien fra teorikapittelet opp mot intervjuene samt noe ny teori. Sitater fra informantene som vi bruker i diskusjonen blir uthevet i kursiv.

5.1 Åndelighet og tabu

Alle tre snakker om at åndelighet er et vanskelig og litt skummelt tema. Dette kan være med på å gjøre at åndelighet også er blitt noe «tabubelagt.» Behandlere ønsker ikke å snakke om temaet og vernepleieren sa i intervjuet at pasientene kan nesten oppleves som psykotiske fordi det blir så stort og svevende når man snakker om det. Noe som støttes i forskningen gjort av Medås, Blystad og Giske (2017) der sykepleierne ofte koblet pasientens interesse for åndelig tema til pasientens problematikk og psykose. Hallusinasjoner og paranoide forestillinger kunne være årsaken til at pasientens interesse rundt åndelig tema ble tolket som en del av problemet.

I intervjuet med institusjonspresten forteller han også at spesielt i psykiatrien ble pasientenes åndelige uttrykk sett på som en del av problemet og ikke som en del av løsningen. Han sier at det viktigste for behandlere er kunnskap om hvordan man fanger opp åndelige spørsmål og hvordan man bygger videre på det. Han understreker også at man må ta utgangspunkt i pasienten og lese pasienten uten å definere alt på forhånd. Dette kan tolkes som at han mener at behandlere og terapeuter er for raske i beslutningen om at pasientens åndelige uttalelser er det samme som en psykose.

Medås, Blystad og Giske (2017) opplevde at det var vanskelig å snakke om åndelige tema, selv om det nødvendigvis ikke hadde noe med psykosesykdommen å gjøre. Informantene i studiet til Medås, Blystad og Giske (2017) forteller at de ikke tar opp åndelige tema med pasientene i frykt for at det vil skape mer kaos og forvirring. I artikkelen beskriver de utfordringen som “Both spirituality and psychosis stretch reason to its limits. They share a sense of mystery and each is notoriously difficult to define” (Mitchell og Roberts 2010, s. 39, referert av Medås, Blystad og Giske 2017, s. 280).

Borge (2012) skrev om at det er usikkerhet og hjelpeløshet i forbindelse med hvordan man skal håndtere åndelige spørsmål. Dette kan vi finne igjen i svarene til alle informantene. De er usikre og føler ikke de eller andre de jobber med har nok kunnskap om temaet. Noen av dem

opplever at temaet er tabubelagt og veldig personlig. Borge (2012) forklarer at en av de største påvirkningene til at åndelighet har blitt et tabu innen rus og psykisk helsearbeid er innflytelse fra Sigmund Freud, hans forståelse var at “uheldig religiøs påvirkning kunne føre til hysteri og nevroses, og han argumenterte for at religion var uttrykk for en kollektiv tvangsnevrose” (Freud 1962, referert av Borge 2012, S. 119).

Som vi kan se belyser både litteraturen og informantene at åndelighet er et vanskelig tema som kan oppleves som tabubelagt. Det er flere grunner til dette, blant annet at det kan være vanskelig å skille mellom psykotiske tanker og faktiske tanker rundt egen tilværelse.

Åndelighet kan også oppleves som vanskelig å snakke om da behandlere og terapeuter ofte kan føle de har for lite kunnskap om temaet. På toppen av dette er også synet på åndelighet individuelt og personlig som erfaringskonsulenten og institusjonspresten påpeker i intervjuene sine.

5.2 Åndelighet som en del av et helhetlig menneskesyn

Funn viser at det er ulikt syn på hva et helhetlig syn på mennesket innebærer, men alle er enige i at behandlingen må innebære å dekke alle behovene som pasientene har i situasjonen de er i. Det er derfor interessant og undringsverdig at vernepleieren og erfaringskonsulenten opplever at det ikke er et like stort fokus på en åndelig dimensjon hos pasientene. Pasientens åndelige behov kan være knyttet til deres religiøse tro, vi ser da på det som god tverrfaglig praksis at pasientene som ønsker samtale med prest eller andre fra deres trossamfunn får mulighet til det. Dette påpeker også institusjonspresten når han sier at det kan være en måte å skape godt tverrfaglig samarbeid på. Da er behandleres og terapeutenes oppgaver rent praktiske, og vil være å legge til rette for dette.

Vi frykter at om den åndelige dimensjonen avgrenses til å kun handle om det religiøse, vil den ikke-religiøse pasientens åndelige behov bli glemt. Noe som også støttes av Sørbye og Undheim (2012) som skriver at en slik holdning til pasientens åndelige dimensjon kan gjøre at behandlere og terapeuter fraskriver seg ansvaret for å engasjere seg i den religiøse pasienten. De kan anse presten eller andre religiøse kontaktpersoner som ekspertene, og samtidig glemme den ikke-religiøse pasientens åndelige behov. I intervjuet sier også erfaringskonsulenten dette, at åndelighet blir sett på som noen andres ansvar.

På denne måten skapes det et skille mellom pasientens åndelige dimensjon og den kroppslige eller psykiske dimensjonen. Johannessen (2012) mener at dette skillet er et uttrykk for et dualistisk menneskesyn hos yrkesutøvere i helse og sosialfaget. Dette støttes også av Tveit

(2012) som kritiserer det å koble åndelighet kun til religion kan utgjøre at en god del mennesker blir definert utenom det åndelige og vil derfor risikere at omsorgsutøvere blir blinde på behovet hos den enkelte (Tveit 2012, s. 157). Dette får oss til å stille oss undrende over hvor helhetlig omsorgen i behandlingen egentlig er. Vernepleieren sier det så godt; «*alt må jo være der liksom...*» og det kan tolkes som at det er akkurat dette Tveit (2012) også mener. Vi må ha med alle behovene hos mennesket i behandlingen av det. Gjennom intervjuene kan det se ut som at det åndelige behovet som pasientene har, ikke anses å være et behov på lik linje med de andre behovene til pasienten.

En viktig refleksjon vi sitter igjen med er at hvis presten, som da kan sees på som eksperten på temaet, er alene om den åndelige omsorgen til pasienten vil han være den eneste som har kunnskaper om pasientens åndelige refleksjoner, livssyn og hvordan pasienten knytter en mening med livet og hvordan pasienten oppfatter verden. Taushetsplikten stopper denne informasjonen i å komme videre. Vi sier ikke her at prestens taushetsplikt bør oppheves, da det kan være viktig for mange pasienter å ha mulighet til samtale som ikke blir journalført. Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) fremhever at det må være en felles innsats mellom presten og de øvrige profesjonene for å kunne dekke pasientenes åndelige behov. De skriver videre at personalets personlige og profesjonsmessige ulikhet vil være en ressurs for de ulike pasientene fordi det vil være ulike personlige og faglige innfallsvinkler til å møte pasientenes behov. Det vil derfor være ønskelig at alle kan ta imot når pasienten er klar til å ta opp åndelige eller eksistensielle spørsmål. Dette påpeker også institusjonspresten i intervjuet når han snakker om at åndelighet ikke bare er hans ansvar, men at alle må kunne møte pasientens behov.

Om dette ble gjort i praksis kan det tenkes at pasientenes åndelige dimensjon lettere kunne knyttes til resten av behandlingen og brukes som en ressurs opp mot den biopsykososiale tilnærmingen. Dermed får man et mer helhetlig tilbud i samsvar med føringene til omsorgsdepartementet (2009, s. 1-2.)

5.3 Kultur på arbeidsplassen knyttet til åndelighet og åndelige tema

Analysene av intervjuene har vist at både vernepleieren og erfaringskonsulenten opplever at det ikke blir snakket om åndelighet og åndelige tema mellom de ansatte og at det derfor har vært vanskelig å reflektere og tilegne seg kunnskap om hva det er og hva åndelighet kan innebære.

Åndelighet og åndelige tema er en sentral del av institusjonsprestens faglige kompetanse, det kan derfor være en naturlig grunn til at han ikke opplever det samme. At åndelighet er et ikke-tema i offentlig helsetjeneste støttes også av litteratur og forskning (Johannessen 2012, Borge 2012, Medås, Blystad og Giske 2017, Tveit 2012). Helse og omsorgsdepartementet (2009) presiserer derimot at helse- og sosialtjenester har et ansvar om å sikre kulturelle og åndelige behov i tjenestene sine, som nevnt i forrige underoverskrift. Ut ifra informasjonen som kom frem under intervjuene, kan det se ut som at dette er vanskelig å gjennomføre i praksis.

En grunn til at åndelighet ikke er et tema kan være at det ofte knyttes til kristendom eller religiøs tro. Erfaringskonsulenten fremhever at dette kan være på grunn av kulturen i det norske samfunnet som lenge har vært sterkt preget av kristen religion. Dette gjør på mange måter at de eneste gangene folk hører om åndelighet, er i forbindelse med kirkelige besøk eller i samtaler med prest.

Johannessen (2012) mener at det har vært for lite avklaringer i offentlig diskusjon om hva den åndelige dimensjonen er og hvilken plass den har i helse- og sosialomsorg (Johannessen 2012, s. 39). Det kan tenkes at kulturelle forhold i samfunnet har ledet til at åndelighet har fått en tolkning som gjør at mange tenker det handler om religiøs tro. Samtidig som det har vært en holdning i helse og sosial yrkene at åndelighet, livssyn og religiøse anliggender ikke hører hjemme i klinisk arbeid (Hognestad 2012, s. 48). Med dette kan det tyde på at fagfeltet trenger bevisstgjøring og kunnskap om hva åndelighet er, og hvilken betydning det kan ha for pasienter i behandling. Når forskning viser at åndelig praksis og åndelig stimuli kan hjelpe pasienter til tilfriskning/recovery (Hatala 2017), må det altså åpnes opp for dialog også på arbeidsplassen. Dette sier både vernepleieren og erfaringskonsulenten at ikke skjer i det daglige på deres jobb. Åndelighet er ikke et tema det blir snakket om da det er lite kunnskap og det er vanskelig å snakke om et emne som omfavner så mange forskjellige synspunkter og definisjoner.

I NOU – *Et livssynsåpent samfunn* skriver de at innenfor offentlige institusjoner skal individer akseptere å bli eksponert for andres religion og livssyn, men på samme tid ikke bli tvunget til å delta i religion og livssyns praksis. Innenfor institusjoner skal man ikke diskrimineres i forhold til sitt livssyn. Det står at det bør være livssynsåpent rom innen offentlige institusjoner (NOU 2013:1 s. 113). Selv om NOU'en snakker om et åpent rom som en metafor, nevnte institusjonspresten at på hans arbeidsplass har de lagd nettopp ett sikt rom. Et rom for åndelig utfoldelse og utforskning.

5.4 Behovet for kunnskap

I intervjuet kommer det frem at vernepleieren føler at hun ikke har nok kunnskap angående tema, og innrømmer at det ikke er hennes fokusområde. Hun sier også at hun ikke vet hvor hun selv står i forhold til åndelighet og det kan være en medvirkende faktor til at hun vegrer seg for temaet. I Medås, Blystad og Giske (2017) skriver de at informantene de snakket med uttalte seg om at det var krevende å sette ord på tanker og erfaring rundt det åndelige temaet og at det er vanskelig og uvant tematikk. I samme forskningsartikkel kommer det fram at åndelighet og åndelig omsorg er i begrenset grad et tema i det faglige fellesskapet, noe vi kjenner igjen fra intervjuene med erfaringskonsulenten og vernepleieren.

En måte å fremme kunnskap og kunnskapsutvikling på er å kunne diskutere åpent i en flerfaglig sammenheng om hva åndelighet innebærer som del av et helhetlig syn på mennesket og i omsorgen på den aktuelle arbeidsplassen. For å få til dette kreves det at det er en åpenhet for å kunne snakke om hva en åndelig dimensjon dreier seg om. Leenderts (2014) forteller at for å kunne være i utvikling både som fagperson og i fagmiljøer, er det viktig med samtaler som beveger seg under overflaten av alt det ytre, særlig samtaler som har med utvikling, verdier og menneskesyn å gjøre.

Leenderts (2014) forklarer at begrepet profesjonalitet handler om hva slags verdier, kunnskap og ferdigheter den enkelte må ha med seg til å fylle sin yrkesrolle og hun diskuterer på hvilken måte omsorgsyrkene har blitt profesjonalisert og personlige kvaliteter har blitt skjøvet utenfor den faglige periferien. Disiplin er et begrep som Johannessen (2012) bruker i sammenheng med at det må være en viss disiplin i offentlige helsetjenester som gjør at profesjonelle ikke dytter religiøse argumenter og åndelig selveksponering på pasienter som ikke etterspør det. Institusjonspresten bekrefter dette når han sier at han kunne forså at behandlere og terapeuter kvier seg for å snakke om åndelighet i fare for at pasienten skal føle et press. Han forklarte det med å si at de kviet seg fordi da kunne de bli utfordret av pasienten med spørsmål som «er du kristen?» «har du en tro?»

Disiplinering innebærer ikke at pasientens åndelige behov skal oversees på grunn av den profesjonelles frykt for åndelig selveksponering. Man skal heller ikke legge lokk på pasientens og de profesjonelles åndelighet som Johannessen mener er en viktig drivkraft. Han sier derimot at profesjonelle som har et avklart forhold til egen åndelighet også har kunnskaper om hva dette innebærer og hvordan man skal håndtere pasienters åndelige anliggender. Han mener det er disse som best klarer å fange opp signaler og møte pasienters

åndelige behov (Johannessen 2012). Med dette kan vi forstå at det må være en balanse mellom person og profesjon som ivaretar pasienten uten at det blir for personlig, men at den profesjonelle bruker egne åndelige erfaringer og kunnskap som redskap for å forstå pasientens uttrykk for hva som skaper mening, bedring og helse uten å fremme egne synspunkter. Man kan si at for å kunne gjennomføre dette, må den profesjonelle ha et avklart forhold til egen åndelighet.

Erfaringskonsulenten snakket også noe om dette da hun fortalte at hun mente åndelighet var noe veldig personlig og derfor vanskelig å snakke om. Man må klare å skille mellom den personlige delen av åndelighet i samtale med pasienter om temaet. Klarer man ikke det, kan samtalen fort oppleves som inntrengende.

Leenderts (2014) argumenterer verdinøytralitet mot verdibevissthet innen omsorgsyrkene og at tanken ved verdinøytralitet har blitt tolket ut av kontekst. Verdinøytralitet dreier seg om å handle ut ifra pasientens premisser og å ivareta personens integritet, men hun retter kritikk mot at det utelater personlige verdier og livserfaring i møte personen. Derimot forteller hun at verdibevissthet handler om å bruke sitt skjønn i samhandling med andre og å være reflektert på hvilken måte pasienten trenger deg her og nå.

I samtale med institusjonspresten forteller han at behandlere må ha kunnskap om hvordan man fanger opp temaer og spørsmål knyttet til åndelighet og være bevisst på hvordan en skal bygge videre på samtalen. Han understreker at man må tenke gjennom hvordan man spør om åndelige tema og en må være ryddig i hvordan man gjør det. På motsatt side mener erfaringskonsulenten at vi er ofte alt for forsiktige med å stille spørsmål til pasienter og brukere. Vi tolker dette som at hun mener det er en frykt for å trække over profesjonelle grenser. Det kan derfor se ut som at mangel på kunnskap om hvordan man skal møte og fange opp pasientenes åndelige behov, i tillegg til en frykt for å gå over profesjonelle grenser som en følge av disiplinering og verdinøytralitet tolket ut av kontekst, er faktorer som hindrer et helhetlig menneskesyn som inkluderer en åndelig dimensjon.

Lee (2012) forteller at den beste måten å finne ut hva en person har behov for, er å vise interesse, være ærlig og ha en åpen og fordomsfri samtale med vedkommende. Han presiserer at en pasient ikke alltid definerer sine eksistensielle utfordringer som åndelige problemer. Derfor er det nødvendig at en lytter og gir pasienten rom til å velge selv hvordan han/hun vil ordlegge seg.

5.5 Recovery- orientert praksis

Hvis omsorgsyrene skal ta recovery-orientert praksis på alvor, kan åndelighet sees på som en del av filosofien. I veilederen 100 råd som fremmer recovery har NAPHA listet opp punkter, hvor nr. 12 til 21 er råd til ansatte innen helse- og sosialsektorer for å oppmuntre åndelighet og kontakt med andre. Eksempler på dette er å stille åpne spørsmål om mening og mål med livet deres, støtte tilgangen til åndelig opplevelser, støtte tilgangen til oppløftende opplevelse og hjelpe personen med å gi tilbake til andre. Recoveryperspektivet har håp, mening, identitet og personlig ansvar som rammeverk til recoveryprosessen og er lagt opp til å bruke og løfte pasientens ressurser i bedringsprosessen.

Recovery kan på mange måter ha gitt dagens rusfelt en renessanse, der viktigheten av mening, felleskap og tilhørighet står sterkt. I intervjuet med institusjonsprest sier han at å ta hensyn til individers ulike livssituasjoner når man veileder pasienten til ulike opplevelser der de finner mening, tilhørighet og felleskap, er viktig i behandling. Ut fra dette utsagnet kan det tolkes som at recoverytenkning står sterkt hos institusjonspresten uten at han sa dette direkte.

Helsedirektoratet (2012) skriver “Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning ...” (s.59). Dette kan tolkes som at det er vesentlig å ta i bruk et helhetlig menneskesyn hvor åndelighet også er en del av menneskesynet. Videre står det at “Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og bolig messige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse” (s. 59). Hummelvoll (2012) belyser at den åndelige prosessen ved recovery innebærer behovet for håp, livsvilje, samt tro på seg selv, andre eller Gud. Deretter er følelsen av tilhørighet, å føle seg akseptert og oppleve seg hel, en del av den samme prosessen. Institusjonspresten oppsummerte dette da han fortalte i intervjuet sitt at “*det handler mer om relasjoner enn mirakler*”

6. Avsluttende konklusjon

For å svare på vår problemstilling; *I hvilken grad har åndelighet som del av et helhetlig menneskesyn plass i rusbehandling innenfor to institusjoner i Rogaland*, kan det se ut som at den åndelige dimensjonen som en del av det helhetlige menneskesynet er begrenset.

Det kan være mange grunner til dette, men ut fra informasjonen vi har samlet i denne besvarelsen kan det se ut som at manglende kunnskap, assosiasjonen til religion, utrygghet og kulturen på arbeidsplassen kan være årsaker til dette.

Ut ifra det denne besvarelsen har belyst kan det se ut som at det er vanskelig for terapeuter og behandlere ved disse to institusjonene å utøve et helhetlig menneskesyn. Alle informantene mente det var for lite fokus på åndelighet og åndelig omsorg generelt og at det ikke var en del av behandlingen utover det institusjonspresten kunne tilby.

Kunnskap eller mangelen på kunnskap går igjen i besvarelsen som en grunn til at temaet oppleves som vanskelig selv om både lovverk, retningslinjer og faglitteratur påpeker viktigheten og pasientens krav på en helhetlig behandling.

Mangle på kunnskap kan føre til usikkerhet om et tema og denne besvarelsen har drøftet akkurat dette. Åndelighet ser ut til å kunne oppleves som tabu fordi det er usikkerhet rundt andres oppfattelse av begrepet og åndelighet kan oppleves som noe personlig.

Det er også drøftet hvordan en terapeut/behandler må skille mellom verdinøytralitet og verdibevissthet for å kunne minske følelsen av at det er snakk om noe personlig i samtaler om åndelighet med pasienter. På de to institusjonene vi har konsentrert oss om i denne besvarelsen virket det ikke som at det var rom for samtaler om åndelighet som en del av deres helhetlige menneskesyn. Leenderts (2014) påpeker, som vi har nevnt i drøftingen, at man må skape rom for diskusjon og samtaler for å kunne oppnå faglig utvikling og en forbedring av det eksisterende menneskesynet.

Besvarelsen har også drøftet betydningen av at åndelighet knyttes til noe religiøst og da spesielt noe kristelig. Dette kan være en årsak til at åndelighet er et vanskelig tema på disse institusjonene og at åndelighet får en begrenset betydning i det helhetlige tilbudet og menneskesynet.

Hvis vi ser tilbake på forskningen som er fremstilt i denne besvarelsen, kan det forsås slik at når åndelighet ikke er en del av fokusområdene i behandlingen av rusavhengige, vil ikke behandlingen være optimal.

Vår konklusjon helt til slutt er at ved økt fokus og kunnskap om åndelighet og åndelig omsorg som en del av det helhetlige menneskesynet som brukes i behandling av rusavhengige, kan de overnevnte vanskelighetene forenkles.

Litteraturliste:

Alcoholics Anonymous (2001) *The big book of Alcoholics Anonymous* (4th ed.). New york: Alcoholics Anonymous World Services

Bang Nes, R. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Rapport 2011: 2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Barbosa da Silva, A. (2000) *Etikk i helsetjenesten*. Stavanger: Misjonshøgskolens forlag

Barbosa da Silva, A. (2006) *Menneskesynets relevans for helseetikk*. I A. Barbosa da Silva (red.) *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. (1. Utg. S. 95-130). Oslo: Gyldendal

Biong, S. og Borg, M. (2016) Hva handler recovery om. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl og S. Biong (red.) (1. utg., s. 18-27) *Et bedre liv – Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk

Bjørndal, C. R.P. (2011) *Det vurderende øyet - Observasjon, vurdering og utvikling i pedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal

Borge, L. (2012) Om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s. 117-133). Oslo: Gyldendal

Borge og Rolfsen (2009) Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk. *Sykepleien Forskning*, 2009:4(2)142-149. <https://10.4220/sykepleienf.2009.0070>

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal

Dalen, M. (2013) *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetforlaget

Danholt, T. (2012) Historisk tilbakeblikk. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s. 117-133). Oslo: Gyldendal

FN. (1948). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet fra: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Grunnlova. (1814). Kongeriket Noregs grunnlov. (LOV-1814-05-17). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1814-05-17-nn>

Hatala, A. R. (2013) Towards a Biopsychosocial–Spiritual Approach in Health Psychology: Exploring Theoretical Orientations and Future Directions. *Journal of Spirituality in Mental Health*. 2013 (15)4, 256-276, DOI: 10.1080/19349637.2013.776448

Helse- og omsorgsdepartementet (1997) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006
Endringer i statsbudsjettet for 1998 (St.prp. nr. 63 (1997-98)) Hentet fra
: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-
/id201915/sec1?q=%C3%85ndelig#KAP1-2](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1?q=%C3%85ndelig#KAP1-2)

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) Rett til egen tros og livssynutøvelse (I-6/2009)
Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rundskriv/rundskriv-i---6-
2009.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rundskriv/rundskriv-i---6-2009.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) Prinsipper for gode omsorgstjenester. Hentet
fra: [https://www.nsf.no/Content/861502/Prinsipper%20for%20gode%20omsorgstjenester%20
-%20brev%20til%20alle%20landets%20kommuner.pdf%20kommuner.pdf%20](https://www.nsf.no/Content/861502/Prinsipper%20for%20gode%20omsorgstjenester%20-%20brev%20til%20alle%20landets%20kommuner.pdf%20kommuner.pdf%20)

Helsedirektoret (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging
av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. (IS-1948). Hentet
fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-
rop-lidelser](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser)

Helsedirektoret (2014) - Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og
rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076)

Helsedirektoret (2017) Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av
rusmiddelproblemer og avhengighet. Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling. Hentet fra
: [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-
rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=terapeutiske-tilnærminger-i-
rusbehandling-9262#motiverende-intervju-\(mi\)-\(rusbehandling\)anbefaling](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=terapeutiske-tilnærminger-i-rusbehandling-9262#motiverende-intervju-(mi)-(rusbehandling)anbefaling)

Hognestad, A. (2012) Møte med religiøse er faringer og nye gudsbilder i arbeidet med
mennesker. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s. 33-
46). Oslo: Gyldendal

Hole, R. (2014) *Forebygging og behandling av rusproblemer - En innføring*. Oslo:
Universitetsforlaget

Hummelvoll, J., K. (2012) *HELT – Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk
helse*. Oslo: Gyldendal

Johansen, A.B. og Bramness, J.G. (2018) Psykososial og medikamentell behandling ved
rusmiddelidelser I: Biong, S. og Ytrehus, S(red.) *Helsehjelp til personer med
rusproblemer* (s. 114-139) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, K., I. (2012) Åndelig eksponering i et offentlig perspektiv. I T. Danbolt og
G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s. 33-46). Oslo: Gyldendal

Lee, D. (2012) Åndelighet i ergoterapi praksis. I T. Danbolt og G. Nordhelle (Red.) *Åndelighet
- Mening og tro*. (1. Utg., s. 117-133). Oslo: Gyldendal

Leenderts, T.A. (2014) *Person og profesjon – Om menneskesyn og livsverdier i offentlig
omsorg*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder – for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Medås, K. M., Blystad, A. og Giske, T. (2017) Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema. *Klinisk sygepleje*, 2017(4)31, 273-286. DOI: 10.18261/issn.1903-2285-2017-04-04
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid - NAPHA (2013) *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling*. Hentet fra: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid - NAPHA (2017) *100 råd som fremmer Recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell*. Hentet fra : <http://www.melkeveien.me/NAPHA-Rapport-2-2017/Rapport-2-2017.html#p=1>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid - NAPHA (2018) *Recovery*. Hentet fra: <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>
- NESH. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Nesvåg, S. (2018) Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I: Biong, S. og Ytrehus, S(red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 21-42) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2013:1. (2013). *Det livssynsåpne samfunn*. Oslo: Kulturdepartementet
- Pasient- og brukerretighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Simonsen, T. (2016) *Rusmiddelavhengighet - Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Stifoss-Hanssen, H. og Kallenberg, K. (1998) *Livssyn og helse – Teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Gyldendal
- Tveit, B. (2012) Fagidentitet og profesjonelt ansvar. I T. Danbolt og G. Nordhelle(Red.) *Åndelighet - Mening og tro*. (1. Utg., s. 117-133). Oslo: Gyldendal
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Fastsett 1. desember 2005. Hentet fra : https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf
- WHO. (2015) ICD-10: *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*.

Åndelighet som et element i helhetlig menneskesyn i arbeid mot rusavhengighet i Norge



Intervju guide

<u>Fase 1:</u> <u>Rammesetting</u>	<u>1. Løst prat (5 min)</u> <ul style="list-style-type: none">• <u>Uformell prat</u>
	<u>2. Informasjon (5-10 min)</u> <p>Temaet for intervjuet er Åndelighet som element i arbeid innen russektoren. Det som vi vil finne ut er om åndelighet er et tema som kommer fram i rusbehandling.</p> <p>Åndelighet er et tema som har fått mer fokus innen helse og sosialfaglig arbeid de siste årene, spesielt i USA. Vi er derfor nysgjerrige på hvordan fokuset rundt dette er innen rusbehandling og hvorvidt det blir implementert i behandling i Norge. Oppgavens fokus vil være på åndelighet uavhengig av religion eller religiøs tilknytning.</p> <p><u>Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet</u></p> <p>Intervjuet skal bli transkribert og brukes til å belyse temaet i en bachelor oppgave.</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål</u>• <u>Informer om ev. opptak, sørg for samtykke til ev. opptak</u>• <u>Start opptak</u>

Fase 2:
Erfaringer

3. Overgangsspørsmål:

- Hva er din utdanning, arbeidserfaring innen rusbehandling?
- Med dine ord, hva er rusavhengighet og hva betyr det å være rusavhengig?
- Hva er den ledende behandlingsformen innen rus i Norge?
- Hva legger du i "helhetlig rusomsorg?"
- Oppfølgingsspørsmål :
- Hva syns du er viktig innen rusbehandling i Norge.
- Hva er dine tanker om begrepet åndelighet?
- Sjekkliste eller oppfølgingsspørsmål
- Praktisk oppgave kan erstatte overgangsspørsmål: Kan du bruke tre minutter til å skrive ned stikkord for hva dere mener kjennetegner...?

Fase 3:
Fokusering

4. Nøkkelspørsmål:

- I opptrappingsplanen fra 1997 for psykisk helse blir åndelighet tatt opp som tema, og likestilt med psykisk, fysisk og sosiale behov. Det kommer fram at psykiske lidelser berører de grunnleggende eksistensielle spørsmålene og at rammene rundt personen skal ha muligheter for kulturelle og åndelig stimulans og utvikling etter personens egne premisser.
Hva er din oppfatning rundt dette?
- I siste årene har Åndelighet fått et ekstra fokus i helse og sosialfaglig arbeid, er dette noe du selv merker i ditt arbeid?
- Er åndelighet noe som du synes er relevant i ditt arbeid med rusavhengige?
- Individer som sliter med rusavhengighet leter ofte til selvhjelpsgrupper som er bygt på åndelige fundament f.eks AA og NA som har drevet selvhjelp gruppe i 80+ år, hva er dine tanker rundt dette?
- Lisbet Borge skriver i en bok (Åndelighet - mening og tro) at Åndelighet som et tema innen behandling har lenge vært et tabu- område, spesielt i rusbehandling. Fortell om dine tanker rundt dette?
- I litteratur blir det skrevet at det bør være en hovedregel at fagperson venter med å ta opp temaer om åndelighet og livssyn til klienten selv tar initiativ til det. Hva er dine refleksjoner rundt dette?

Fase 4:
Tilbakeblikk

- I en undersøkelse gjort i 2012 kommer det frem at manglende kunnskap om temaet blant fagfolk, gjorde at mange vegret seg for å ta opp temaet med klienten/pasienten. Kan du fortelle om dine tanker rundt dette?

5. Oppsummering (ca. 15 min)

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- (Noe uklart i notater?)
- Er det noe du vil legge til?
- Er det noe vi burde spørre om? Eller er det noe du mener er viktig som vi ikke har spurt om?

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Åndelighet i rusomsorgen”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hvorvidt åndelighet er et aktuelt tema innen rusbehandling i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Temaet for prosjektet er som følger; Åndelighet som en del av helhetlig menneskesyn innen rusbehandling i Norge.

Formålet for oppgaven: Åndelighet/spiritualitet er et tema som har fått mer fokus innen helse og sosialfaglig arbeid de siste årene. Vi er derfor nysgjerrige på hvordan fokuset rundt dette er innen rusbehandling og hvorvidt det blir implementert i behandling i Norge. Oppgavens fokus vil være på åndelighet uavhengig av religion eller religiøs tilknytning.

Foreløpig problemstilling er: Å arbeide ut ifra et helhetlig menneskesyn innebærer å se hele mennesket. Dvs, psykiske, sosiale, fysiske og åndelige behov. Er åndelighet/spiritualitet et behov som er likestilt de andre behovene?

Prosjektet er en bacheloroppgave på om lag 14000 ord.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

På bakgrunn av din kjennskap til russektoren i Norge, tenker vi det er hensiktsmessig å intervju deg i forhold til dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et semistrukturert intervju, der vi har forhåndsbestemte spørsmål. Vi er opptatte av å få ditt perspektiv på spørsmålene, og intervjuet er derfor ikke begrenset til de forhåndsbestemte spørsmålene. Intervjuet inneholder spørsmål om åndelighet i behandling for rusavhengige og hvorvidt det er fokus på pasientens åndelige behov i behandling. Intervjuet kan ta opptil 1,5 timer. Dine svar blir tatt opp på lydbånd og transkribert. Alt av innhold vil bli anonymisert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som kommer til å ha tilgang til innsamlet data er oss som studenter og bachelorveileder ved behandlingsansvarlig institusjon.

- Navn blir erstattet med koder som samtalepartner 1, samtalepartner 2 osv. Datamaterialet blir lagret på båndopptaker og vil ikke bli overført til annet elektronisk utstyr. Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i oppgavens endelige form.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 1.06.2019. Opptak og eventuelle personopplysninger vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

**** Kontakt informasjon slettet på grunn av anonymisering ****

Med vennlig hilsen
Prosjektansvarlig

Eventuelt student

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Åndelighet i rusomsorgen*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i på intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.06.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Kandidatnummer: 114, 160
Navn på studiet: Bachelor i Vernepleie
Navn på eksamen: Emne 13 Bacheloroppgaven
Emnekode: VER-303
Innleveringsfrist: 15.05.2019 kl. 12:00
Antall ord: 14.913

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarer

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 114,160

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja: ☒

Nei: ☐